



Hanna Hyttinen & Sari Teeri (toim.)  
**SENIORIPALVELUJEN KEHITTÄMISEN  
HYVÄT KÄYTÄNNÖT**

Taitto&valokuvat: Maija Hannukainen, SAMK

# Esipuhe

Satakunnan ammattikorkeakoulu koordinoi kaksi vuotta kestänyttä Senioripalvelujen kehittämishanketta (SENTTERI, 2008-2010). Hankkeen toteuttamiseen osallistuivat Jyväskylän, Pirkanmaan ja Seinäjoen ammattikorkeakoulujen sekä Turun yliopiston edustajat palvelujen tuottajista muodostuvine yhteistyöverkostoineen. Gerontologisina asiantuntijoina ja koordinaattoreina ammattikorkeakouluissa olivat yliopettajat Sirkka-Liisa Palomäki (SEAMK), Pirjo Tiikkainen (JAMK) ja Sari Teeri (SAMK), ohjelmavastaava Tarja Heinonen (PIRAMK, myöh. TAMK) sekä professori Sirkka-Liisa Kivelä Turun yliopistosta. Hanketta koordinoi projektijohtaja Hanna Hyttinen (SAMK). Hanke toteutettiin EAKR-rahoituksen tuella.

Toiminnan päämääränä oli edistää gerontologista osaamista, joka tukee ikääntyvän väestön kotona selviytymistä. Tavoitteet täsmennettiin seuraavasti:

- Hyvien käytäntöjen tutkiva kehittäminen, levittäminen ja vaikutusten arvioiminen
- Toimintakykyä ja kotona selviytymistä tukevien ympäristöjen kehittäminen
- Terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä ja gerontologista preventiötä koskeva tiedottaminen ja täydennyskoulutus
- Kehittämistä palveleva soveltava tutkimus

Kohderyhminä olivat palveluntuottajat, yrittäjät, kouluttajat, kehittäjät ja tutkijat. Mukana oli julkisia, yksityisiä ja järjestöjen ylläpitämiä palveluntuottajia ja niissä toimiva moniammatillinen henkilöstö. Kehittämistyössä olivat mukana myös ikääntyvät ihmiset ja heidän omaisensa.

Hankkeessa pyrittiin generatiivisen tason tavoitteiden saavuttamiseen eli tuottamaan hyötyä muillekin kuin niille, jotka hanketta toteuttivat. Hyvien käytäntöjen levittämiseksi järjestettiin muun muassa neljä teemaseminaaria: Muistitukitoimintojen hyvät käytännöt 25.11.2008 Tampereella, Kaatumisen ehkäisy 28.4.2009 Tampereella, Asumisen esteettömyys 17.11.2009 Jyväskylässä ja Omaishoitajien tuki 20.4.2010 Porissa. Seminaarit saivat hyvän palautteen. Niiden ohjelmat ja luentomateriaali löytyvät osoitteesta: [www.samk.fi/Sentteri](http://www.samk.fi/Sentteri) -> Koulutukset. Tähän julkaisuun on koottu tiivistelmiä seminaarien esityksistä. Toivomme, että julkaisusta on hyötyä mahdollisimman laajasti ikääntyneille suunnattujen palvelujen kehittämisessä.

Porissa 2.5.2010

Hanna Hyttinen  
Projektijohtaja

# Sisältö

Esipuhe	3
Kirjoittajat	5
Tutkimuksista käytäntöihin	6
Mitä käytännöt ovat – mikä on hyvää?	7
Muistitukitoiminnan hyviä käytäntöjä	11
Nykykäytäntö ja suositukset	11
Muistineuvolatoiminta Etelä-Pohjanmaalla	14
Muistipoliklinikkatoiminta Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä	17
Muistisairaiden kuntouttava päivätoiminta Porin seudun muistiyhdistys ry:n tuottamana	21
Kaatumisen ehkäisy	26
Ikääntyneiden kaatumisen ehkäisy	26
Elämänlaatu ja kaatumisten ehkäisy	29
Ympäristökijät ja ulkona liikkumisen turvallisuus	33
Kaatumiset kuriin Kokkolassa	36
Kaatumishoitajamalli – iäkkäiden kaatumisten sekundaaripreventio perusterveydenhuollossa	37
Asumisen esteettömyys	41
Asumisen esteettömyys – ajankohtainen kehittämiskohde	41
Koetun asumisen mittarit	46
Kokonaisvaltaisen asumisen palvelu- ja tuotekonseptin kehittäminen, Sammonkoti-pilotti	50
ESKO, Esteetön koti seniori- ja erityisryhmien asumiseen -hanke	52
Tulevaisuuden asuminen ja palvelut	53
Sataesteetön-hanke	55
Omaishoitajien tuki	56
Omaishoidon muuttuva rooli palvelujärjestelmässä	56
Omaishoitajien tuen kehittämiskohteet -tutkimuksen näkökulma	59
Hyvät käytännöt ja palveluohjaus omaishoitajien arjen tukena -projekti (CARERI 2007 _ 2010)	70
Omaishoitajaperheiden tukeminen vanhustyön koulutusohjelmassa	72
Lähellä tuki – Kolmas sektori omaishoitajien voimavarana	76
Satakunnan ammattikorkeakoulun raportit ISSN 1457–0696	78

## Kirjoittajat

Heimovaara-Kotonen Essi, TtM, projektipäällikkö. Kokonaisvaltaisen asumisen palvelu- ja tuotekonseptin kehittäminen, Sammonkoti pilotti. Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Heino Malla, YTK, geronomi (AMK), projektisuunnittelija. Omaishoitajat ja Läheiset -Liitto ry, Hyvät käytännöt ja palveluohjaus omaishoitajien arjen tukena –projekti (CARERI).

Hemiä Maaria, sosionomi (yAMK), geronomi (AMK), vastaava ohjaaja. Porin seudun muistiyhdistys ry, Päivätoimintakeskus Rinkeplumma.

Hietaniemi Elina, HTM, lehtori. Seinäjoen ammattikorkeakoulu.

Huhtamäki-Kuoppala Minna, esh, kehittämispäällikkö. Etelä-Pohjanmaan Muistiyhdistys ry.

Hyttinen Hanna, TtT, projektijohtaja. Satakunnan ammattikorkeakoulu.

Jaakkola-Hesso Sirpa, TtM, lehtori. Satakunnan ammattikorkeakoulu.

Järnstedt Pia, THM, aluekoordinaattori. Omaishoitajat Läheiset -Liitto ry.

Karhu Kaisa, kuntoutusohjaaja, muistisairaudet. Keski-Suomen sairaanhoitopiiri.

Kivelä Sirkka-Liisa, LKT, professori, ylilääkäri. Turun yliopisto, TYKS ja Satakunnan sairaanhoitopiiri.

Koivisto Juha, VTT, erikoistutkija. Terveystieteiden tutkimuskeskus ja hyvinvoinnin laitos.

Laxåback Gerd, geriatrinen fysioterapeutti/projektisuunnittelija. Kokkolan yliopistokeskus Chydenius, Welmed LABs.

Koskensalo Heini, FM, hoivajohtaja. RENOR Oy.

Palomäki Sirkka-Liisa, TtT, yliopettaja. Seinäjoen ammattikorkeakoulu, Sosiaali- ja terveystieteiden yksikkö.

Rantakokko Merja, TtM, tutkija. Jyväskylän yliopisto, Gerontologian Tutkimuskeskus.

Roininen Irma, HuK, toiminnan johtaja. Satakunnan Omaishoitajat ja Läheiset ry.

Tanttu Anja, TtM, lehtori, projektipäällikkö. ESKO Esteetön koti ikääntyneiden ja erityisryhmien asumiseen -hanke, Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Teeri Sari, TtT, yliopettaja. Satakunnan ammattikorkeakoulu.

Törne Mari, TtM, projektipäällikkö. Satakunnan ammattikorkeakoulu.

Vaapio Sari, FT, tutkija. Turun yliopisto.

# Tutkimuksista käytäntöihin

Sirkka-Liisa Kivelä

Gerontologisten tutkimusten määrä on lisääntynyt mittavasti viimeisten 30 vuoden aikana. Tulosten levittämiseksi on perustettu uusia kansainvälisiä julkaisusarjoja. Yhä useampia vanhenemiseen sekä iäkkäiden hoitoon ja kuntoutumiseen liittyviä tutkimustuloksia julkaistaan muidenkin kuin gerontologisten tieteellisten lehtien palstoilla. Nämä kansainväliset muutokset näkyvät myös kotimaisissa tieteellisissä lehdissä ja ammatillisissa julkaisuissa. Tietoja käytäntöihin sovellettaviksi on olemassa.

Tiedon lisääntyminen on muuttanut tutkijoiden asenteita aikaisempaa myönteisemmiksi ja lisännyt heidän kiinnostustaan ikääntymistä kohtaan. Suoritetut tutkimukset lähes poikkeuksetta tukevat käsitystä siitä, että iäkkäillä ihmisillä on luultua enemmän voimavaroja ylläpitää ja jopa parantaa toimintakykyään ja ehkäistä ennenaikaista raihaistumista.

Rollaattorin avulla liikkuvat ovat pystyneet saavuttamaan itsenäisen kyvyn kävellä oikein suunnitellun ja toteutetun liikunta- ja voimisteluohjelman avulla. Lihassoimien ja tasapainon parantamiseen sekä kaatumisvammojen ehkäisyyn on monia mahdollisuuksia, joista on tutkimuksiin perustuvia näyttöjä. Ikääntyvät naiset pystyvät ehkäisemään virtsankarkailua lantionpohjan lihasharjoitusten ja estrogeenin käytön avulla. Terveellisen ravinnon sekä riittävän D-vitamiinin ja kalkan saannin merkitys luuston, lihasvoimien ja tasapainon kunnon säilymiseen ja mielialan ylläpitämiseen on todistettu useissa tutkimuksissa.

Muisteleminen ja muisteluterapia, liikunta ja sosiaalinen toiminta ryhmissä edistävät masennustilojen paranemista jopa lähes yhtä hyvin kuin masennuslääkkeet. Kognitiiviset ja toiminnalliset hoidot vaikuttavat myönteisesti toiminnallisen unettomuuden paranemiseen ja ylläpitävät laadultaan hyvää ja virkistävää unta iäkkäilläkin.

Lääkkeiden haittavaikutukset ovat iäkkäillä toisentyypisiä kuin nuoremmilla. Lääkkeiden haitalliset yhteisvaikutukset korostuvat käytössä olevien lääkkeiden määrän lisääntyessä. Raportteja lääkehoitojen kokonaisarviointien hyödyistä iäkkäiden toimintakykyyn ja elämäntilaan on julkaistu.

Mainitut esimerkit kuvastavat vain pientä osaa näyttöihin perustuvista mahdollisuuksista edistää toimintakykyä ja hyvää vanhenemista ja vanhuutta. Tutkimusten tulokset eivät saa jäädä pelkästään julkaisuihin kirjoitetuiksi teksteiksi. Ne tulee siirtää käytännön toiminnoiksi. Suomalaisten hyvä vanheneminen sekä hyvä vanhustyö ja vanhustenhoito edellyttävät väestön informointia, ammattihenkilökunnan täydennyskoulutusta ja näyttöön perustuvien toimintojen kehittämistä konkreettisten kehittämissankkeiden avulla.

# Mitä käytännöt ovat – mikä on hyvää?

Juha Koivisto

## Johdanto

Sosiaali- ja terveysalalla on viime vuosina syntynyt erilaisia konsepteja, joiden missiona on koota näyttöön tai tietoon perustuvia käytäntöjä. Konseptit eroavat paradigmaattisilta, sisällöllisiltä ja toiminnallisilta painotuksiltaan toisistaan. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) hyvä käytäntö -toiminta tukee ja edesauttaa sosiaali- ja terveysalan käytäntöjen innovaatioprosesseja, ts. käytäntöjen tunnistamista, arviointia, kuvaamista ja soveltamista alan työyhteisöissä ja organisaatioissa. Työskentelyn tavoitteena on edistää uuden tiedon ja osaamisen syntymistä ja leviämistä.

THL:n hyvä käytäntö -toiminnan toimintamuodoksi on kehitetty aihealueittaisia oppimisverkostoja, jotka järjestävät käytäntöjen innovaatioprosesseja tukevaa toimintaa, kuten käytäntöjen kuvaamispajoja, arviointiakvaarioita ja seminaareja. Oppimisverkostotoimintaa organisoivat oppimisverkostokoordinaattorit ja THL:n kouluttamat hyvä käytäntö -tuutorit. Verkostojen aihe-alueita ovat mm. päihde- ja mielenterveys, lapset ja perheet sekä ikääntyvien palvelut ja aikuissosiaalityö. Verkostojen toimintaperiaatteena on avoimuus; ne ovat avoimia alan ammattilaisille, asiantuntijoille, kehittäjille, tutkijoille ja asiakkaille. Toimintaa tukevat hyvä käytäntö -verkkopalvelu (hyvakaytando.fi), joka sisältää innovaatio- ja kehittämistoiminnan työkaluja ja menetelmiä sekä hyvien käytäntöjen tietokannan.

## Mitä käytännöt ovat, miten niitä siirretään?

Käytäntöjä, tässä tapauksessa muistitukitoiminnan käytäntöjä, voidaan jäsentää erilaisista teoreettisista lähtökohdista käsin. THL:n hyvä käytäntö -konseptissa käytäntöjä tarkastellaan relationaalisina ja yhteistuottamiseen perustuvina toimintasysteemienä, jotka koostuvat inhimillisistä toimijoista (esim. asiakas, lääkäri, hoitaja, muu ammattilainen, lähijohto, asiakkaan perheenjäsen tai muu läheinen), näiden toiminnasta ja vuorovaikutuksesta sekä resursseista, joita nämä mobilisoivat toiminnassaan (esim. työvälineet, tilat, teknologiat, säännöt, periaatteet, tiedot ja taidot, ihmissuhteet). Asiakas/potilas on siis käytännön aktiivinen toimija, ei työntekijäkeskeisten toimenpiteiden kohde. Muutos asiakkaan elämäntilanteessa, hyvinvoinnissa tai terveydessä syntyy käytännön toimijoiden vuorovaikutuksen tuloksena.

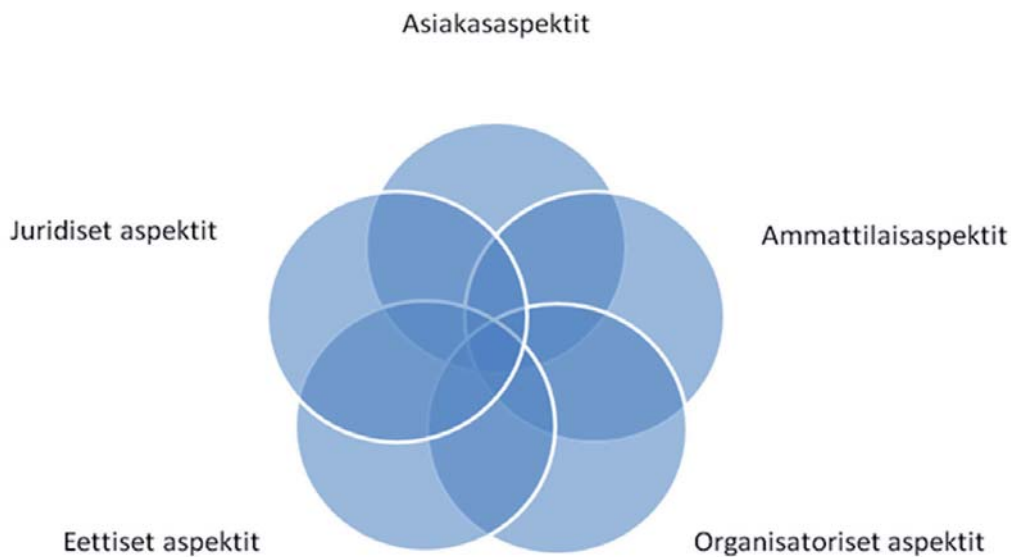
Terveystuon käytännöt ovat tyypillisesti pitkälti ammattilaisten suunnittelemlia, mutta niiden toimeenpano edellyttää yhteistuottamista, jossa potilaan oma, erilaisia resursseja mobilisoiva toiminta on edellytys muutoksen aikaansaamiselle. Esimerkiksi potilaan on otettava lääkärin määräämiä lääkkeitä tietyn väliajoin, tietty määrä ja tietty ajanjakso. Sosiaalialalla asiakkaan rooli käytännön suunnittelussa ja tuottamisessa on suurempi kuin terveysalalla. Käytännöt perustuvat yhä enemmän asiakaskohtaiseen räätälöityvyyteen, jossa asiakas ja ammattilaiset yhdessä suunnittelevat käytännön sisältöä ja kulkua ja jossa asiakkaan oma aktiivinen toiminta on erittäin tärkeää hyvän lopputuloksen kannalta.

Käytännöt eivät ole universaalisti tosia tai toimivia. Ne syntyvät ja toimivat ympäristöissä, joissa on tietyt elementit. Niitä ei voi siirtää kunnasta toiseen kuin esineitä. Käytäntöjen siirtäminen, käyttöönotto ja toimeenpano on räätälöintityötä, jossa rakennetaan inhimillisistä toimijoista, resursseista ja toiminnoista koostuva käytäntö sekä tälle sopiva ympäristö. Käytännöt edellyttävät toimiakseen ja kestääkseen esimerkiksi tietynlaisia johtamis- ja tiedonsiirtokäytäntöjä, raja käytännön ja ympäristön välillä on kuin veteen piirretty viiva. Käytäntö ja sen ympäristö -kokonaisuus sisältää siis joitakin välttämättömiä elementtejä, joiden on toteuduttava kaikkialla missä käytäntöä sovelletaan. Muutoin käytännöt voivat saada ja saavat omanlaisia muotojaan eri sovellusympäristöissä.

## Mitä ”hyvyys” on, miten sitä arvioidaan?

Käytännöllä itsellään ei ole pysyviä, sisäisiä ominaisuuksia, kuten toimiva, kestävä tai vaikuttava. Ne ovat käytännön avulla mahdollisesti saavutettavia tuloksia jossakin toimintaympäristössä, jossa käytännöllä tavoiteltavat tarkemmat päämäärät on määritelty. ”Hyvyys” on siis paremminkin suhde kuin ominaisuus. Jokin palvelukäytäntö voi kestää vuosikausia, mutta tämä ei tarkoita sitä, että sillä olisi sisäinen ominaisuus ”kestävä”. Käytäntöä voidaan esimerkiksi ylläpitää, koska muitakaan vaihtoehtoja ei ole keksitty tai koska se on toimiva ja yhteensopiva ikäikäisten organisatoristen rakenteiden ja muiden käytäntöjen kanssa, joita ei haluta muuntaa. Silti sen avulla ei välttämättä saada aikaan merkittävän hyviä tuloksia esimerkiksi asiakasvaikuttavuudessa.

Mitä käytäntöjen toimivuuden ja vaikuttavuuden arviointi tarkoittaa silloin, kun ajatellaan, että käytännöllä ei ole pysyviä sisäisiä ominaisuuksia? Tällöin valitaan ne käytännön arvioinnin näkökulmat (Kuvio 1), joista ollaan kiinnostuneita. Käytäntöä voidaan arvioida esimerkiksi siltä kannalta, mitä se tuottaa asiakasnäkökulmasta, ammattilaisnäkökulmasta tai organisatorisesta näkökulmasta. Arviointi tapahtuu tarkempien arviointikriteerien/indikaattorien perusteella. Esimerkiksi käytäntöä K voidaan arvioida siitä näkökulmasta, millaisia seuraamuksia se tuottaa vanhuksen voimaantumisen kannalta, ammattilaisten hyvinvoinnin kannalta tai sitä soveltavan organisaation kustannustehokkuuden kannalta.



Kuvio 1. Käytäntöjen arviointinäkökulmien karkea luokittelu



Käytännön arvioinnin avainelementtinä toimii käytännön toimeenpanomalli. Tarvitaan käytäntöjen toimeenpanomalleja, joiden perusteella niiden toimeenpano voidaan suorittaa ja niiden tuottamaa muutosta arvioida. Toimeenpanomallin tulee kertoa, millaisista välttämättömistä toimijoista, resursseista ja toiminnoista kyseessä oleva käytäntö koostuu, mitä ovat toimivuuden muut välttämättömät edellytykset ja ehdot, sekä millaista muutosta/seuraamuksia käytännön toimeenpanon oletetaan tuottavan, erityisesti sen ensisijaisen tarkoituksen, esim. asiakkaan hyvinvoinnin kannalta, mutta myös muiden relevanttien tahojen, esim. organisaation talouden kannalta. Tarkemmat arvioinnin kriteerit määritellään aina kulloisessakin arviointitapauksessa erikseen. THL:n hyvä käytäntö -toiminnan yhtenä tarkoituksena on koota tällaisia kuvauksia käytännöistä, ts. niiden toimeenpanomalleja (ks. [hyvakaytanto.fi](http://hyvakaytanto.fi)).

Ideaalitapauksessa käytännön arviointi koostuu ennen–aikana–jälkeen -arviointiasetelmasta ja vertailuasetelmasta. Tarkempi arviointiasetelma (aspektit, kriteerit, kerättävä tieto, tiedonkeruun menetelmät, vaiheet, ajoitukset, vertailut jne.) räätälöidään kussakin tapauksessa omanlaisekseen. Tiedonkeruussa tulisi kuulla mahdollisimman moninaisesti eri toimijoiden, kuten asiakkaiden, läheisten ja ammattilaisten, ääntä.

### **Arviointi koostuu neljästä päävaiheesta**

Ensimmäisessä vaiheessa, ennen käytännön käyttöönottoa ja toimeenpanoa, valitaan yksi tai useampi arviointiaspekti, johon arviointi kohdennetaan, esim. asiakasaspekti, sekä tarkasteltavat kohdeorganisaatiot ja asiakkaat, ja analysoidaan ja kuvataan asiakkaiden elämäntilanne. Esimerkiksi millainen on arviointiin valittujen kuntoutusasiakkaiden elämäntilanne – millainen on asiakkaan arki, ns. sosio-materiaalinen verkosto ja miten sitä päivittäin ylläpidetään, miten asiakkaat voivat jne. Analyysin tarkempi sisältö määrittyy kuntoutuksen päämäärien mukaisesti.

Toisessa vaiheessa seurataan ja analysoidaan, kuinka käytännön toimeenpano tapahtuu käytännön toimeenpanomallin perusteella; miten toimeenpano mahdollisesti poikkeaa mallista ja miten prosessi etenee. Tuloksena on kuvaus siitä, millaiseksi käytäntö muokkautui toimijoiden yhteistoimintana eri tapauksissa ja miten prosessit etenivät.

Kolmannessa vaiheessa, kun käytännön toteuttaminen on päättynyt, analysoidaan jälleen sopivalla aikataululla, millainen on arviointiin valittujen kuntoutusasiakkaiden elämäntilanne – millainen on asiakkaan arki, ns. sosio-materiaalinen verkosto ja miten sitä päivittäin ylläpidetään, miten asiakkaat voivat jne.

Neljännessä ja viimeisessä vaiheessa tarkastellaan kerätyn aineiston perusteella, millaista muutosta on tapahtunut kuntoutusasiakkaiden elämässä ja millainen muutosta konstituiva merkitys käytännön toimeenpanolla ja sen toimilla oli muutoksen tuottamisessa sekä miten mahdolliset käytäntöön välittömästi kuulumattomat asiat tuottavat muutosta.

Arviointitutkija voi itse arvioida käytännön avulla saavutetun muutoksen merkitystä tai hyvyttä ko. näkökulmista ja sitä, kuinka hyvin sen avulla voidaan vastaavan kaltaisissa tapauksissa mahdollisesti saavuttaa muutosta. Lopulta arviointi voi tuottaa tarkennuksia ja lisäyksiä käytännön toimeenpanomalliin: millaisia resursseja eri toimijoiden tulee mobilisoida ko. käytännössä, miten siinä toimitaan ja millaista muutosta sillä on mahdollista saada aikaan?

## Arvioinnin tuska

Nykyään ei enää riitä se, että hankkeissa tai projekteissa kehitetään erilaisia käytäntöjä ja toimintamalleja ja nämä raportoidaan, vaan perätään myös arvioinnilla tuotettua tietoa näiden toimivuudesta, vaikutuksista ja/tai vaikuttavuudesta. Arviointi tuntuukin olevan tuskan takana monen käytännön yhteydessä. Hankemaailmassa on juuri opittu, että hankkeissa tulee arvioida niiden tavoitteiden toteutumista jne. Mutta tämä on eri asia kuin hankkeiden tuloksenaan tuottamien käytäntöjen arviointi.

Erilaisten hankkeiden puitteissa on harvoin mahdollista toteuttaa edellä kuvatun kaltaista käytäntöjen systemaattista arviointia. Hankerahoitus pakkaa loppua juuri silloin kun tulos, jokin käytäntö tai toimintamalli, on kehitetty. Jonkinlaista arviointia olisi kuitenkin käytännön osalta tehtävä. Toimeenpanomallin idea ja ennen–aikana–jälkeen-asetelma voi antaa käytäntöjen arvioinnille viitekehyksen, vaikka tietoa ei kerättäisikään ”reaaliajassa” kyseisen asetelman mukaisesti ja niin systemaattisesti kuin edellä on kuvattu. Esimerkiksi asiakkaiden fokusryhmähaastattelut ennen ja jälkeen käytännön toimien auttavat rekonstruoimaan koko prosessia. Asiakkaita voidaan myös haastatella pelkästään jälkikäteen ja he voivat muistella aikaa ennen–aikana–jälkeen käytännön toimien. Näin voidaan saada hankeaikana käytännön ensimmäisten toimenpanojen osalta alustavaa arviointitietoa.

## Nykykäytäntö ja suositukset

Sirkka-Liisa Palomäki

Senioripalvelujen ja vanhustenhoidon osaamisen kehittämisverkosto, SENTTERI, on tarttunut ajankohtaiseen aiheeseen, muistitukitoimintojen hyviin sekä lupaaviin tuote- ja palvelukäytäntöihin. Palvelumalleja vertaileva seminaari pidettiin 25.11.2008 Tampereella. SENTTERI-verkoston toiminnan keskeinen päämäärä on luoda ja koota osaamista, joka tukee ikääntyvän väestön kotona selviytymistä ja ehkäisee turhaa laitoshoidoa.

Muistitukitoiminnat ovat moninainen ja vaikeasti haltuun otettava kokonaisuus sekä käsitteinä että toimintoina. Muistisairauden tunnistamiseen, ohjaus- ja neuvontapalveluihin sekä hoitoon ja kuntoutukseen liittyen on nimikkeitä hämmentävän paljon, kuten muisti-neuvola, muistipoliklinikka, muistikeskus, muistikuntoutus, muistityö, mutta myös dementia työ, dementiahoitotyö tai dementia palveluohjaus. Muistipalvelujen käyttäjästä puhutaan niin ikään useilla eri termeillä, kuten dementiaoireinen, dementoituva, dementoitunut, muistihäiriöinen, muistisairas, muistipotilas, dementia potilas tai Alzheimer-potilas. Käsitteitä luodaan ja ylläpidetään ammatillisessa ja muussa sosiaalisessa vuorovaikutuksessa. Käsitteiden moninaisuus kertoo yhtäältä asiakkaan tilanteen ja palvelutarpeen muuttumisesta sairauden edetessä. Etenevät muistisairaudet johtavat dementiaan (Hyvät hoitokäytännöt 2008). Toisaalta taustalla lienee ajassamme näkyvä yleinen pyrkimys käsitteisiin, jotka leimaavat asiakasta mahdollisimman vähän. Kehitystä voidaan pitää myönteisenä, vaikka käsitteiden muisti-alkuisuus saattaa myös kapeuttaa oirekuvaa sairauden edetessä.

Muistisairauksiin liittyviä palveluja tuottavat perusterveydenhuolto, erikoissairaanhoido, kolmas sektori ja yksityiset palveluntuottajat. Toimintamallit vaihtelevat alueittain. Monituottajamalli soveltuu hyvin tämän päivän tuote- ja palveluajatteluun. Valtakunnallisen ohjelma-kehittämisen näkökulmasta suositaan niin ikään eri toimijatahojen uusia, innovatiivisia, rajoja ylittäviä ja niitä kokeilevia palvelumalleja. Samalla korostetaan käytännön toimijoiden ja palvelunkäyttäjien osallistumista kehittämistyöhön, mikä muistisairaiden kohdalla tarkoittaa asiakkaita ja omaisia.

Asiakkaan tilanteen alkuarviointi voidaan toteuttaa muistineuvolassa, terveyskeskuksessa, ikäkeskuksessa, neuvontakeskuksessa tai muussa vastaavassa toimipisteessä, joissa muistihoitaja ja terveyskeskuslääkäri toimivat yhteistyössä. Alkutilanteessa asiakas saa neuvontaa ja ohjausta jatkotutkimuksiin, -seurantaan ja mahdollisesti varhaisen tuen ryhmätoimintoihin. Esimerkiksi muistineuvolaan voi tulla kuka tahansa ja/tai sinne ohjataan ennaltaehkäisevien tai hyvinvointia tuottavien kotikäyntien perusteella ja/tai avohuollon vastaanotoilta tai kotikäynneiltä. Diagnoosin saamiseksi asiakas lähetetään usein erikoissairaanhoidon, jossa muistipotilas ohjataan iästä riippuen neurologian tai geriatrian poliklinikalle ja muistikuntoutusohjaajalle. Tai kuntakohtaisesti potilas hoidetaan omassa terveyskeskuksessa, jossa on geriatrian erikoislääkäri. Tällöin erikoistason tutkimukset voidaan ostaa yksityisinä palveluina. Tänä päivänä moni asiakas hakeutuu suoraan erikoislääkärin vastaanotolle ja tutkimuksiin yksityiselle puolelle tai mikäli asiakas on työikäinen

työterveyslääkärin vastaanotolle, josta hänet lähetetään erikoissairaanhoidon. Diagnoosin jälkeen muistiasiakkaan kotona pärjäämistä tukevat yksilölliset, tarpeen mukaiset seurantakäynnit sekä kotihoidon henkilöstö ja tukipalvelut.

Kolmannen sektorin, lähinnä muisti- ja omaishoitoyhdistysten toiminnassa korostuu perinteinen järjestötyö ja sen myötä erilaiset ryhmät tiedon, vertaistuen ym. saamiseksi. Muistiyhdistysten toiminta kohdistuu muun muassa ennaltaehkäisevään työhön, varhaiseen tukeen, ohjaukseen ja neuvontaan sekä varhaisvaiheen kuntoutukseen. Kolmannella sektorilla voi olla omaa palvelutoimintaa ja sen myötä erilaisia tuotteita, joista saamme lukea tässä julkaisussa. Vapaaehtoistyön ja palvelutoiminnan ohella järjestöissä tehdään palvelujen kehittämistyötä ja -kokeiluja usein yhdessä julkisen sektorin kanssa. Yksityisellä sektorilla painottuvat lääkärin ja psykologin vastaanotot ja tutkimukset sekä koti- ja tukipalvelut sekä erilaiset asumispalvelut.

Muistisairauksien hyvät hoitokäytännöt -asiantuntijasuosituksessa (2008) linjataan muistipotilaan hoidon, kuntoutuksen ja palvelujen kehittämistä osaksi alueellista hoito- ja palveluketjua. Suosituksessa korostetaan perusterveydenhuollon osuutta ja vastuuta avohuollossa. Perusterveydenhuoltoon esitetään perustettavaksi lähipalveluna muistipoliklinikka, jossa on moniammatillinen, muistiasioihin perehtynyt henkilöstö. Toiminnan keskiöön nostetaan se, että asiakas saa varhaisen diagnoosin, ensitiedon sekä hoito-, kuntoutus- ja palvelusuunnitelman. Perusterveydenhuollossa tehdään siten tarvittavat tutkimukset, asiakkaan toimintakyvyn, voimavarojen ja elämäntilanteen arviot sekä asiakkaan ohjaus ja neuvonta.

Em. asiantuntijasuosituksen ja myös tutkimusten tulosten perusteella asiakkaan kotona asumista ja kuntoutumista turvaavat onnistuneesti lääkäri ja muistikoordinaattori, joka on perehtynyt muistisairauksiin ja -palveluihin. Muistikoordinaattorin työtä luonnehtivat palveluohjaus ja kiinteä yhteistyö lääkärin kanssa. Alueellisen palveluketjun olemassaolo ei riitä, vaan iäkäs muistisairas tarvitsee räätälöityä apua ja tukea. Muistisairasta hoitaa kotona usein iäkäs puoliso, joka tarvitsee niin ikään tietoa, tukea ja apua. Muistikoordinaattori kokoaa eri tukimuodoista yksilöllisen palveluverkon muistisairaalle ja omaisten turvaksi. Hän on avohuollossa henkilö, johon perhe tietää ottaa yhteyttä. Muistikoordinaattorin työn vaikuttavuudesta, myös taloudellisesti arvioituna, on olemassa tutkittua tietoa.

Suosituksessa kuvataan erityistason konsultaatiota edellyttäviä tilanteita, joissa tarvitaan erikoissairaanhoidon tutkimuksia ja osaamista, kuten muistisairauksiin perehtynyttä geriatria, neurologia, psykiatria tai vanhuspsykiatria. Asiakas lähetetään alueelliseen erityistason konsultaatioon muun muassa, mikäli diagnoosin asettaminen problematisoituu tai käytösoireet ovat vaikeita. Erikoissairaanhoidolle on säilytetty myös koulutus-, konsultaatio- ja ohjausvastuu.

Myös sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisessa kehittämissuunnitelmassa (2008–2011) ja siihen kuuluvassa ikäkasteessa eräänä tavoitteena on dementiahoidon kehittäminen. Keinoina kehittämisessä ovat muun muassa dementia-työn strategian laatiminen ja sen saaminen osaksi kunnan ikäpoliittista strategiaa sekä kehittämisen menetelmien, kuten vertaistuen ja -kehittämisen hyödyntäminen. Viimeksi mainittuun SENTTERI-verkosto voi tarjota erään toiminta-areenan, mistä esimerkkinä on pidetty seminaari.

Muistitukitoimintojen eri tahoilla ja tasoilla on tärkeätä, että toimijat tuntevat alueellisen hoidon ja kuntoutuksen ketjun ja sen toimintamallin. Asiakkaan ja omaisen näkökulmasta laadukkaassa hoitoketjussa korostuvat ennaltaehkäisevä tieto, varhainen diagnosointi sekä mahdollisuus ensitietoon ja tukeen sopeutumisessa vaikeaan sairauteen. Sairauden edetessä asiakas tarvitsee kuntouttavaa kotihoitoa, josta hän voi osallistua muun muassa päivätoimintaan, kuntouttavaa vuorohoitoa ja lopulta usein pienryhmäkodin. Nykyisin painotetaan omais- ja kotihoitoa, joiden edistäminen asettaa jo kehitetyille ja kehitettävälle palvelumalleille haasteen lisätä läheisten ja omaisten osallistumista ja tukea. Sairastuneen hyvinvointi edellyttää perheiden tukemista, mikä eroaa perheestä toiseen. Muistisairauden kaikissa vaiheissa korostuu henkilöstön erityisosaaminen, joka perustuu muun muassa kykyyn tunnistaa muistisairauksien keskeiset piirteet, hallita hoidon ja kuntoutuksen menetelmiä sekä ymmärtää muistisairaana ihmisen erityinen tuen tarve.

Julkaisussa esitellään muistitukitoiminnan hyviä toimintamalleja ja tuotteita, jotka tarjoavat osaltaan ideoita ja käytännössä koeteltuja toimintatapoja kehittyviin muistitukipalveluihin. Terveyden ja hyvinvoinnin laitokselta erikoistutkija Juha Koivisto tarkastelee artikkelissaan mitä hyvät käytännöt ovat. SENTTERI-verkoston eräänä tavoitteena on hyvien käytäntöjen jakaminen ja tiedon tuottaminen niistä yhteiseen käyttöön.

## **Kirjallisuus**

Adams T. 2008. Dementia care nursing. Promoting well-being in people with dementia and their families. Palgrave Macmillan, New York.

Hyvät käytännöt. Terveyden ja Hyvinvoinnin laitos. [www.hyvat.kaytannot.fi](http://www.hyvat.kaytannot.fi)

Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. 2008. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:3. Yliopistopaino, Helsinki.

Muistisairauksien hyvät hoitokäytännöt. Suomalainen asiantuntijasuositus. 2008. Suomen Lääkärilehti 10 (63), liite 10.

Sormunen S & Topo P. 2008. (toim.) Laadukkaat dementiapalvelut. Opas kunnille. Gummerus, Jyväskylä.

Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma, KASTE. 2008-2011. Sosiaali- ja terveysministeriö. [www.stm.fi/kaste](http://www.stm.fi/kaste)

Voutilainen P. & Tiikkainen P. 2008. (toim.) Gerontologinen hoitotyö. WSOY, Helsinki.

# Muistineuvolatoiminta Etelä-Pohjanmaalla

Minna Huhtamäki-Kuoppala

## Johdanto

Muistineuvolatoiminta on osa muistioireisten ja etenevää muistisairautta sairastavien ja heidän omaistensa hoito- ja palveluketjua. Sen perustarkoitus on toimia matalan-kynnyksen paikkana lähellä asiakasta ja edistää muistisairauksien varhaisdiagnostiikkaa. Sen avulla voidaan tukea myös etenevää muistisairautta sairastavien ja heidän läheistensä hyvinvointia sairauden eri vaiheissa. Muistineuvolan palveluilla voidaan seurata myös diagnostisoitujen muistisairaiden ja omaishoitajien tilannetta.

Etelä-Pohjanmaalla on kunnittain muistineuvoloita, joista joidenkin toimintaa on täydennetty Etelä-Pohjanmaan Muistiyhdistys ry:n tuottamalla neuvolapalvelulla. Muistioireet ja etenevät muistisairaudet vaikuttavat monin eri tavoin sairastuneiden ja heidän läheistensä elämään. Neuvonnan tarve on suuri sairauden kaikissa vaiheissa. Muistineuvolat tiedottavat myös muistisairauksien ennaltaehkäisystä. Ajanvaraus toimii puhelimitse, lähetepakkoa ei ole. Usein muistineuvolan tilat ovat osa terveyskeskuksen vastaanoton, kotisairaanhoidon tai kotihoidon tiloja, mutta myös palvelukeskuksissa tai seniorikeskuksissa voi olla vastaanottoja.

Muistineuvola voi tukea asiakkaiden arjessa selviytymistä antamalla henkilökohtaista ohjausta ja neuvontaa. Myös työntekijöiden tekemät kotikäynnit ovat mahdollisia ja niiden kautta saatu lisätieto kotona elämisen arjesta on arvokasta. Muistineuvolan toiminnan avulla muistin tutkiminen ja hoitoon hakeutuminen helpottuu ja nopeutuu. Samalla muistisairaat ja heidän läheisensä saavat yksilöllistä palveluneuvontaa – ja osittain myös palveluohjausta. Samalla saadaan tietoa muistisairaiden ja heidän läheistensä tilanteista ja tarpeista. Kerätyllä seurantatiedolla voidaan vaikuttaa myös palvelujen kehittämiseen ja kohdentumiseen.

Muistineuvolassa keskustellaan ja testataan asiakkaan toimintakykyä heikentäviä ja itseä tai omaisia huolestuttavia muistioireita. Ennen mahdollisen etenevän muistisairauden varmistumista asiakkaan fyysistä ja psyykkistä hyvinvointia, itse muistia sekä hänen toimintakykyään tutkitaan monin tutkimusmenetelmin. Muistineuvolassa tehdyt esiselvitykset ja mahdolliset mielialatestit ovat osa muistitutkimusta. Selvitysten jälkeen asiakas ohjataan tarvittaessa jatkotutkimuksiin. Lähetteen kirjoittaa hoitava lääkäri.

Riittävästi resursoituna ja oikein painotettuna muistineuvolatoiminta on osa avohoitoa, jolla tuetaan muistisairaita omaisineen selviytymään pitkään kotihoidossa. Erityisesti seurantaan ja sairauden toteamisen jälkeiseen elämän tukemiseen pyritään panostamaan. Työtä tekevältä henkilöstöltä vaaditaan monipuolista osaamista muistisairauksista, lääkehoidosta, tukimuodoista ja -palveluista. Työ on verkostotyötä ja ajoittain hyvinkin moniulotteisten ja haasteellisten tilanteiden parissa työskentelyä. Se vaatii työyhteisön tuen, jatkuvaa koulutautumista sekä mahdollisuuden mm. työnohjaukseen. Koska kussakin kunnassa muistineuvolassa voi olla monenlaisia työtehtäviä, on mietittävä kussakin tilanteessa henkilökunnan tehtävien sisällöt ja toimenkuvat. Se helpottaa käytännön työskentelyä ja ohjaa resursointia.

Muistineuvolan työmuotoja voivat olla:

- tiedotus muistisairauksien taustalla olevista riskitekijöistä, muistisairauksien ennaltaehkäisystä, muistisairauksista, niiden hoidosta, kuntoutuksesta ja kunnan hoitoketjusta
- vastaanotto toiminta, muistitoiminnan ja toimintakyvyn testaukset, keskustelut, vastaanotot ja kotikäynnit
- sairauskohtainen ohjaus ja neuvonta
- asiakkaiden tilanteen ja voinnin seuranta
- arkea tukevien toimintamuotojen järjestäminen
- puhelinneuvonta
- yhteydenpito sairastuneiden, omaisten ja yhteistyötahojen kanssa
- tilaisuuksien ja yleisöluentojen järjestäminen
- muistisairaiden, omaisten ym. vertaisryhmien järjestäminen
- ensitietopäivät ja kurssitoiminta
- koulutusten järjestäminen.

### **Toiminnan käynnistyminen**

Etelä-Pohjanmaalla ajatus muistineuvolasta syntyi talvella 1999. Alahärmän Lionsit antoivat avustusta 5 000 mk omaisten tukemiseen. Sovittiin, että Etelä-Pohjanmaan Muistiyhdistys ry käynnistää dementianeuvolatoiminnan Alahärmän kunnassa lahjoitusrahan turvin. Kunta antoi tilat toiminnalle. Syntyi ensimmäinen neuvola, johon omaiset ja sairastuneet, muistioireiset ja asiasta kiinnostuneet tulivat asiakkaiksi. Toimintaan kuului aluksi myös vertaisryhmätoiminta. Malli laajeni naapurikuntiin Ylihärmään ja Lapualle, kunnes toiminta hankkeistettiin. Saadun kokemuksen perusteelta Muistan kotini -hankkeessa (RAY) vv. 2000–2003 hahmottui muistineuvolatoiminnan perustoiminta ja verkostotyön merkitys. Verkot vahvaksi -hankkeessa vv. 2002–2004 (RAY) mallinnettiin muistineuvolatoiminta Etelä-Pohjanmaan alueelle. Vuonna 2010 Etelä-Pohjanmaan alueen kunnissa toimivat muistineuvolat, muistihoitajat, muistineuvojat ja/tai muistiyhdyshenkilöt. Osa kunnista hankki muistineuvolapalveluihin täydennystä paikalliselta Etelä-Pohjanmaan Muistiyhdistykseltä ostopalveluna. Maakunnan alueella muistineuvolatoiminta on tällä hetkellä voimakkaasti kehittyvä toimintamuoto. Paikallista toimintaa kehitetään myös siksi, että alueella on tehty useita kuntaliitoksia ja peruspalveluja järjestetään mm. liikelaitoskuntayhtymän tai kuntayhtymän. Alueellista tasa-arvoa kunnioittaen palvelut täytyy suunnitella huolella. Etenevää muistisairautta sairastavien hoitoketjumalleja kehitetään kiivaasti.

### **Muistineuvolatoiminnan malleja Etelä-Pohjanmaalla**

Muistineuvolatoiminnan mallit vaihtelevat hieman kunnittain. Esimerkiksi Etelä-Pohjanmaan Muistiyhdistys ry ja Kuntayhtymä Kaksineuvoinen ovat sopineet seuraavien toimintamuotojen toteutuksesta:

- muistitestaukset (alkuselvitys tai kontrolli)
- toimintakykyarviot
- muistipotilaan ja omaisen ohjaus ja neuvonta sekä tilannekartoitus
- tapauskohtainen konsultaatio, koulutus, osastotunnit, yleisöluennot
- yhdyshenkilötoiminta.

Palvelun prosessimallin kuvaus löytyy yhdistyksen kotisivuilta [www.netikka.net/muisti](http://www.netikka.net/muisti) Muista alueen muistineuvoloista on tehty palvelu- tai prosessikuvaukset. Tiedustelut Päivi Joensuu (Alajärvi) ja Anne-Mari Ala-Hukkala (Kauhava).



## **Muistineuvolatoiminnan vahvuudet, heikkoudet ja haasteet**

Toiminta on osassa kunnista vakiintunut palvelumuoto, jonka piiriin osataan hakeutua ajoissa. Muistineuvoja tai -hoitaja, joka tekee muistineuvolatyötä, on monissa paikoissa kuitenkin kovin ylikuormitettu, sillä lisääntyvä muistisairaiden määrä lisää asiakaskuntaa ja samalla niiden asiakkaiden määrää, joiden tilannetta pitäisi aktiivisesti ja säännöllisesti seurata. Haasteeseen on mahdollista vastata sillä, että henkilökohtaista hoito-, palvelu- ja kuntoutussuunnitelmaa laadittaessa suunnitellaan seurantavaihe niin, että tehtäviä jakaa esim. kotihoidon tai lyhytaikashoidon yksiköiden hoitohenkilöstö.

Monipuoliset tehtäväkuvat lisäävät myös kouluttautumisen tarvetta. Muistihoitajien koulutuksessa on epätasaisuutta. Kaikkialla maassa ei ole tarjolla esim. erikoistumiskoulutusta. Siksi muistihoitajina toimivat hakevatkin hajanaisesti koulutusta ylläpitääkseen erityisosaamistaan. Yhteistyömahdollisuus yhdistyksen kanssa vapauttaa muistihoitajaa kunnassaan toisiin tehtäviin. Jos ostopalveluna hankitussa muistineuvolassa keskitytään esim. seulontaan, voi muistihoitaja keskittyä esim. seurantaan. Kun muistiyhdistyksen työntekijä käy säännöllisesti muistineuvolassa töissä, hänen kauttaan muistihoitaja saa uutta tietoa ja asiantuntijan konsultaatiopalvelua sitä tarvitessaan. Jos henkilökunta vaihtuu, on toimintatavat esiteltävä perehdytyksessä huolella, jotta hoitoketju ei murru.

Muistineuvolan edelleen kehittäminen ja uusien toimintamuotojen mukaanotto on mahdollisuus tulevaisuudessa. Julkisen sektorin ja Etelä-Pohjanmaan Muistiyhdistyksen tekemällä yhteistyöllä on alueella pitkät perinteet. Mm. muistiyhdyshenkilöverkosto, muistineuvolat ja Ikäkeskus-toiminta ovat aiemman yhteistyön tuloksia. Yhteistyössä on viimeksi rakennettu alueelle vastuufysioterapeuttien verkosto, jota myös muistineuvolatoiminnassa voidaan hyödyntää. Kaikissa terveyskeskuksissa on eteneviä muistisairauksia sairastavien tukemiseen, kuntoutukseen ja toimintakyvyn ylläpitämiseen perehtyneet fysioterapeutit, joiden asiantuntijuus on alueen käytössä.

Muistisairaiden määrän lisääntyminen voidaan nähdä haasteena sosiaali- ja terveydenhuollossa. Kun hoitoketju on saumaton ja järjestelmässä kerätään myös ennakoivaan toimintaan liittyvää tietoa, voidaan muistisairaiden ja omaisten tukemiseen löytää ratkaisuja hyvissä ajoin.



# Muistipoliklinikkatoiminta Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä

Kaisa Karhu

## Johdanto

Keski-Suomen sairaanhoitopiirin alueella asuu noin 272 000 henkilöä. Kuntia on 23 ja pienimmissä kunnissa ikääntyneen väestön määrä on korkea. Muistisairaita henkilöitä on noin 3600 ja alle 65-vuotiaina sairastuneita noin 400. Lieviä muisti ongelmia on noin 4200:lla. Arvioidaan, että vuosittain noin 680 keskisuomalaista sairastuu johonkin muistitoimintoja vaurioittavaan sairauteen. Iäkkäiden määrä kasvaa tulevina vuosikymmeninä ja koska muistisairauksien esiintyvyys kasvaa iän myötä, muistipotilaiden lukumäärä tulee lisääntymään.

Muistipoliklinikkatoiminta alkoi erikoissairaanhoidon toimintana vuonna 1995 lopulla, kun geriatrian ylilääkäri käynnisti ja kehitti muistipotilaiden tutkimusta ja hoitoa sairaanhoitopiirin alueella. Muistipoliklinikan tiimiin kuului hänen lisäkseen dementia-neuvoja ja sihteeri. Vastaanottoa oli aluksi yhtenä päivänä viikossa. Toiminta laajeni lääkehoidon ja tutkimuspatteriston kehittymisen myötä nelipäiväiseksi. Nykyisin neurologi tutkii alle 65-vuotiaat potilaat yhtenä päivänä viikossa ja geriatri sekä geriatriaan erikoistuva lääkäri yli 65-vuotiaat potilaat kolmena päivänä viikossa. Muistipoliklinikan työryhmään eli muistitiimiin kuuluu lääkäreiden lisäksi sairaanhoitaja, sihteeri ja muistikuntoutusohjaaja, joka toimii yhden päivän viikossa sairaanhoitajana poliklinikkatyössä.

Keski-Suomen sairaanhoitopiirin alueella muistitutkimuksia tehdään Jämsässä, Laukaassa, Jyväskylässä ja Hankasalmella. Lisäksi kunnat ostavat geriatri- ja neurologipalveluja yksityiseltä sektorilta. Tutkimus ja hoito-ohjeet on päivitetty vuonna 2007. Ohjeissa kuvataan konkreettisesti muistipotilaan tutkimukset ja hoidon järjestäminen. Samana vuonna aloitettiin muistihoidajakoulutus keskussairaalassa. Tarkoituksena oli kouluttaa asiantuntijahoitajia alueelliseen tarpeeseen. Muistihoitaja toimii tänä päivänä lähes kaikissa Keski-Suomen kunnissa ja varahenkilöiden koulutus on parhaillaan käynnissä. Kuntoutusohjaaja koordinoi muistihoidajien koulutusta ja toimii heille tutorina.

Muistipoliklinikan toiminnassa noudatetaan sairaanhoitopiirin eettisiä periaatteita. Muistipoliklinikalla on tehty säännöllisin väliajoin tyytyväisyyskyselyjä, joihin ovat vastanneet potilaat ja omaiset yhdessä heti poliklinikkakäynnin jälkeen. Vastausten perusteella potilaat ja omaiset pitävät tärkeänä sitä, että yksityisyys on suojattu. He kokevat saavansa riittävästi tietoa tutkimustuloksista, sairaudesta ja lääkkeistä. Kaikkien kysymysten kouluarvosanojen keskiarvoksi on saatu 9,5.

## Muistipoliklinikkatoiminta

Muistipoliklinikkatoiminta tähtää muistipotilaiden terveyden edistämiseen, muistihäiriöiden ennaltaehkäisyyn, varhaisdiagnostiikkaan ja kuntouttavaan hoitoon. Vastaanoton aikana yli 65-vuotiaille potilaille tehdään geriatrin toimesta terveystarkastus. Lääkehoidon muutokset ja suositukset kontrollitutkimuksista lähetetään terveyskeskuslääkärille tiedoksi.

Muistihäiriöiden vaaratekijät kartoitetaan ja hoidetaan mahdollisuuksien mukaan. Poliklinikan sairaanhoitaja antaa lääkärin ohella ohjausta vaaratekijöiden hoidosta. Ohjaustilanteissa käytetään myös kirjallista materiaalia.

Geriatrian ylilääkäri ja kuntoutusohjaaja ovat käyneet yleisötilaisuuksissa kertomassa muistisairauksista, riskitekijöistä, muistin kuntoutuksesta ja ikääntymiseen liittyvistä toimintakyvyn muutoksista. Tavoitteena on ollut, että ihmiset hakeutuisivat ajoissa tutkimuksiin. Saumaton hoitoketju toteutuu osaavan muistitiimin ja ryhmätyön avulla. Yhteistyötä tehdään myös kolmannen sektorin kanssa.

Saumaton hoitoketju toteutuu osaavan muistitiimin ja ryhmätyön avulla. Yhteistyötä tehdään myös kolmannen sektorin kanssa.

Muistipotilaan kuntouttavassa hoidossa arvioidaan päivittäiset toimet ja niissä selviytyminen Tulosten perusteella valitaan yksilölliset auttamiskeinot, joita voivat olla esimerkiksi ulkoisten ja sisäisten muistitukien käytön opettelu, muistiapuvälineiden arviointi jne. Muistisairauden lievässä vaiheessa henkilö vielä kykenee oppimaan. Kuntoutusohjaajan kotikäynnit sisältävät nykyisin huomattavasti enemmän muistitukien käytön opettelua kuin kymmenen vuotta sitten.

## **Keskussairaalan muistipoliklinikan toiminta**

Kuukaudessa tutkitaan noin 30 uutta potilasta. Potilaat tulevat aina lääkärin läheteellä. Jono on noin kolme kuukautta. Potilaan mukaan pyydetään aina omainen, läheinen tai esimerkiksi hoitaja kotihoidosta tai palvelutalosta. Käyntejä on kaksi; ensimmäinen kerta sisältää tiedon keruun ja tutkimukset ja toinen käynti tutkimustulosten kertomisen, hoidon aloituksen ja jatkohoitosuunnitelman tekemisen.

### **Ensimmäinen käynti**

Ensimmäisen käynnin kesto on noin kolme tuntia, koska siihen sisällytetään kaikki tutkimukset, muistiverikokeet, pään tietokonekuvaus, sydänfilmi ja keuhkokuvaus. Näiden jälkeen potilas ja läheinen tulevat muistipoliklinikalle. Ilmoittautumisen jälkeen hoitaja ottaa potilaan ja saattajan huoneeseensa ja kertoo heille käynnin sisällöstä ja kerää perustiedot, esim. asumisesta, läheisistä, tuista, apuvälineistä ja koulutaustasta. Tavoitteena ja hoitotyön haasteena on oikeiden tietojen keräys, luottamuksen syntyminen, yhteisen kielen löytäminen ja tarvittaessa perheen sisäisen vuorovaikutuksen havainnointi. Haastatteluun käytetään noin kymmenen minuuttia aikaa. Haastattelu on koettu hyvänä toimintamallina ja laatutekijänä.

Alkuhaastattelun jälkeen lääkäri haastattelee omaista (anamneesi) ja sillä aikaa hoitaja testaa potilaan muistia CERAD-tehtäväsarjan avulla ja mielialaa BASDEC-depressiotestillä. Tarvittaessa käytetään kuulon tai näön apuvälineitä tai tulkkia, jolloin aikaa kuluu enemmän. Useimmat potilaat jännittävät testaamisia ja selviytymistään. Hoitaja pyrkii luomaan rauhallisen ja luottamuksellisen ilmapiirin, jotta tulos olisi optimaalinen. Tilannetta ei saa keskeyttää eikä esimerkiksi opiskelija saa seurata testaamista ilman potilaan lupaa.

Seuraavassa vaiheessa potilas menee lääkärin tutkimukseen (status) ja omainen hoitajan haastatteluun. Omaisen mielipidettä potilaan toimintakyvystä kysytään ADCS-ADL-lomakkeen avulla (Suomen Alzheimer tutkimusseuran asiantuntijaryhmän muokkaama). Omaisen täyttää lääkärin haastattelusta päästyään läheiskyselyn (Novartis), tarvittaessa hoitaja auttaa täyttämässä. Lisäksi kysytään käyttösoireista, arjen sujumisesta, sosiaalisesta tukiverkosta, mahdollisista riskeistä jne. Potilaat, jotka tulevat pitkien matkojen päästä, kokevat hyväksi sen, että samaan käyntiin sisällytetään kaikki perustutkimukset. Tämä käytäntö on mielestämme hyvän laadun merkki.

### **Toinen käynti**

Käynti varataan yleensä viikon päähän ensimmäisestä, jotta kaikki tutkimustulokset ovat valmiina. Sama omainen pyydetään mukaan. Vastaanotolla pidetään pyöreän pöydän kokous, jossa mukana ovat potilas, lääkäri, omainen ja sairaanhoitaja. Tapana on aina kysyä perheeltä lupa läsnäolijoihin.

Lääkäri kertoo tutkimustulokset ja esittelee pään tietokonekuvauksen tulokset kertoen selkokielellä muistialueiden vaurioista. Sen on tarkoitus konkretisoida perheelle muistisairauden luonnetta ja tehdä asia helpommaksi ymmärtää. Vasta kun kaikki tutkimustulokset on käyty läpi, lääkäri kertoo diagnoosin. Seuraavaksi edetään hoitokeinoihin ja yhdessä tehdään jatkohoitosuunnitelma. Se sisältää 35 kohtaa, joista valitaan potilaan yksilöllisen tarpeen mukaan sopivat ja ne kirjataan toteutusta varten. Sairaanhoidajan tehtävä on antaa lääkehoitoon liittyvä neuvonta. Kirjallisia ohjeita käytetään täydentämään suullista ohjausta. Kirjallisia ohjeita kehitetään ja päivitetään koko ajan. Jatkohoito pyritään turvaamaan lähettämällä potilaan luvalla epikriisi lähettäneelle lääkärille, kotihoitoon ja kunnan muistihoitajalle. Muistiyhdistyksen toimintaa esitellään ja yhteystiedot annetaan.

Lisäneuvonnan ja tuen tarve arvioidaan ja sitä järjestetään tarvittaessa. Potilas ja läheinen saavat yhteystiedot muistipoliklinikalle ja heitä pyydettiin soittamaan tarvittaessa, jos esimerkiksi lääkehoidossa tulee ongelmia tai uusia sairauteen liittyviä kysymyksiä tulee myöhemmin mieleen.

Tämä ns. diagnoosikäynti on kokemuksemme mukaan vaativin ja herkin vaihe potilaalle ja läheiselle muistipoliklinikalla. Heille varataan aikaa ja pyritään aitoon läsnäoloon, jossa kuulluksi tuleminen on keskeistä. Tukea ja tietoa annetaan yksilöllisesti. Tärkeitä ovat potilaan ja läheisen kysymykset. Keskeistä on löytää yhteinen kieli ja luoda vastaanottotilanne vuoropuheluksi.

### **Potilaan ja omaisen neuvonta muistipoliklinikalla**

Muistihoitajan ja kuntoutusohjaajan vuorovaikutustaidot ja osaaminen nousevat hoitotyön haasteeksi. Kuntoutusohjaajan työn keskeinen sisältö on puhelinneuvonta. Neuvonnassa on pyrittävä konkreettiseen apuun henkisen tuen lisäksi. Esimerkkejä neuvonnan sisältöalueista:

- muistisairaudet, käytösoireet, lääkehoito
- ulkoiset ja sisäiset muistituet
- muistia tukeva koti
- turvalaitteet, pienapuvälineet
- vaaratekijät: kolesteroli, verenpaine, liikunnan puute, alkoholi, tupakka
- ennakoiva neuvonta
- hoitotahto
- etuisuudet
- ensitietokurssit, omaiskurssit
- muistiyhdistyksen toiminta, vertaisryhmät, vertaistukipuhelin
- arvio asiantuntijan tarpeesta ja yhteystietojen antaminen esim. juridiset asiat.

### **Muistihoitajan työ muistipoliklinikalla**

Keski-Suomen kunnissa toimi aikaisemmin hoitajien yhdyshenkilöverkko. Hoitajat toimivat kunnissaan ja työnsä ohella pyrkivät kehittämään muistipotilaiden hoitoa. Vuonna 2007 keskussairaalassa aloitetulla muistihoitajakoulutuksella pyritään kouluttamaan asiantuntijahoitajia lääkärin työpareiksi terveyskeskuksiin. Muistipoliklinikkatoiminta voidaan järjestää terveyskeskuksissa, jos käytävissä on muistisairauksiin perehtynyt lääkäri ja koulutettu muistihoitaja. Muistihoitaja voi olla peruskoulutukseltaan sairaanhoitaja, terveydenhoitaja tai lähihoitaja. Keskeistä on peruskoulutuksessa saatu tieto ja sen hyödyntäminen ikääntymiseen liittyvistä toimintakyvyn muutoksista, sairauksista ja kuntoutuksesta. Muistihoitajalla on oltava kliinistä osaamista, joka kehittyy muistilääkärin kanssa työskennellessä. Muistisairauksien tutkimuksessa ja hoidossa tapahtuu jatkuvasti kehitystä, mikä velvoittaa muistihoitajan opiskelemaan ja pitämään itsensä ajan tasalla.

Muistihoitajan työ on vaativaa ja antavaa. Vuorovaikutustaitojen opiskelu ja itsearviointi ovat osa muistihoitajan työpäivää. Muistisairauksien tutkimuksessa ja hoidossa tapahtuva kehitys antaa sisältöä työhön ja lisää motivaatiota itsensä kehittämiseen. Muistihoitajan työn kuvaan kuuluu tarvittaessa myös kouluttajana toimiminen.

## **Tulevaisuus**

Käypä hoitosuosituksen mukaan muistioireen havaitsemisen tulee johtaa jatkoselvittelyyn. Tutkimusten mukaan kuitenkin lähes puolet muistioireisista henkilöistä jää tutkimuksen ja hoidon ulkopuolelle. Varhainen diagnoosi, oikeat hoitomenetelmät ja saumaton hoitoketju ovat haaste terveydenhuollolle tulevaisuudessa. Suomen Lääkärilehdessä on julkaistu 14 väittämää sisältävä suositus: hyvät hoitokäytännöt muistisairauksien kaikissa vaiheissa. Artikkelissa muistipoliklinikka määritellään muistisairauksien diagnostiikkaan ja hoitoon perehtyneeksi moniammatilliseksi terveydenhuollon työryhmäksi. Muistipoliklinikkatoiminta on osa hoitoketjua, sen alkupäätä.

Suomen muistiasiantuntijat kouluttaa muistikoordinaattoreita, joiden tehtävä on koordinoida muistipotilaan hoitoa avohoidossa ja varmistaa hoitoketjun toiminnan onnistuminen.

## **Kirjallisuus**

Karppi P, Suhonen J, Kalliopohja K & Karhu K. 2005. Geriatri-neurologisen muistipoliklinikan ensimmäinen vuosi, SLL 42: 4271–4275.

Karppi P, Rahkonen T, Rissanen A, Puuronen S, Kalliopohja K & Suhonen J. 2009. Käypä hoitosuosituksen toteutuminen Keski-Suomen muistipotilaiden hoitoketjussa, artikkeli hyväksytty 26.11.2009 julkaistavaksi SSL.

Lupsakko T, Joiniemi M, Karhu K & Remes A. 2005. Muistipoliklinikka perusterveydenhuollossa, opas, lääkäreille ja hoitohenkilökunnalle. Suomen dementiahoitoyhdistys ry, Kuopio.

Lupsakko T, Karppi P, Rissanen A & Sulkava R. 2005. Perusterveydenhuollon muistipoliklinikka – ketä varten, miten toimi? SLL 7: 811–815.

Lönnsroos E, Kautiainen H, Karppi P & Hartikainen S. 2005. Onko muistihäiriöiden diagnosointi tehostunut? SLL 5: 527–530.

Suhonen J, Alhainen K, Eloniemi-Sulkava U, Juhela P, Juva K, Löppönen M, Makkonen M, Mäkelä M, Pirttilä T, Pitkälä K, Remes A, Sulkava R, Viramo P & Erkinjuntti T. 2008. Hyvät hoitokäytännöt etenevien muistisairauksien kaikissa vaiheissa. SLL 63, liite 10: 9–22.

Työryhmä Rissanen A ym. Muistipotilaiden tutkiminen ja hoito Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä 2007.

# Muistisairaiden kuntouttava päivätoiminta Porin seudun muistiyhdistys ry:n tuottamana

Maaria Hemiä

## Johdanto

Porin seudun muistiyhdistys ry:n Päivätoimintakeskus Rinkeplumma on toiminut vuodesta 2001. Toiminta käynnistyi Raha-automaattiyhdistyksen projektina. Vuonna 2004 helmikuussa toiminta sai jatkorahoituksen Raha-automaattiyhdistykseltä ja Porin kaupungin sosiaalitoimi tuli mukaan kattavalla avustuksella. Päivätoiminta Rinkeplumma toimii nykyisin Porin kaupunginhallitukselta vuosittain anottavan toiminta-avustuksen varassa. Porin seudun muistiyhdistys ry. on ainoa taho Porissa, joka tarjoaa muistisairaiden kuntouttavaa päivätoimintaa ja toiminta on tuotteistettu.

## Kuntouttava päivätoiminta

Kuntouttavalla päivätoiminnalla tarkoitetaan muistisairaalle ihmiselle tarjottua yksilöllisesti suunniteltua toimintaa, joka tukee kotihoitoa. Kuntouttavasta päivätoiminnasta on laadittu suunnitelma, jossa esimerkiksi päivätoiminnan ajat, sisällöt ja mahdolliset kuljetukset on yhteisesti sovittu. Kuntouttava päivätoiminta voi olla ryhmämuotoista tai yksilöllisesti rakennettua toimintaa. Päivätoiminnalla tuetaan toimintakyvyn säilymistä ja sosiaalisia taitoja. Päivätoiminta antaa läheiselle mahdollisuuden säännöllisesti toteutuvaan omaan aikaan ja lepoon.

Muistisairaille tarkoitettua kuntouttavaa päivätoimintaa järjestetään perusterveydenhuollon, yksityisten palveluntarjoajien sekä muistiyhdistysten toimesta. (Granö, Heimonen & Koskisuus 2006.)

Kuviossa 2 on esitetty pähkinänkuorossa muistisairaiden kuntouttava päivätoiminta. Yhteenvedo on koottu päivätoiminnassa työskentelevien ammattilaisten kirjoittamien esseiden perusteella (Hemiä 2007).

MUISTISAIRAIDEN KUNTOUTTAVA PÄIVÄTOIMINTA				
<ul style="list-style-type: none"> <li>- muistihäiriöistä kärsiville</li> <li>- lievästi muistisairaille</li> <li>- keski-ikäisille muistisairaille</li> </ul>				
ELEMENTIT				
Eettisten arvojen toteutuminen	Vahva ja laaja-alainen ammatillinen osaaminen	Ohjaus ja tuki liittyen toimintakyvyn eri osa-alueisiin		
Elämänlaadun edistäminen	Asiakaslähtöisyys	Omaistyö		
Suunnitelmallisuus, tavoitteellisuus, kokonaisvaltaisuus	Voimavarakeskeisyys	Monipuolinen ryhmätoiminta		
Vertaistukitoiminta	Toimintaa asianmukaisissa tiloissa riittävällä välineistöllä			
MENETELMÄT				
Fyysisen toimintakyvyn ylläpitäminen ja parantaminen	Muistin ylläpitäminen ja parantaminen	Toiminnallisten taitojen ylläpitäminen ja parantaminen		
Sosiaalisen toimintakyvyn ylläpitäminen ja parantaminen	Elämyksellisyys	Kotona asumisen tukeminen		
TAVOITTEET				
Oikeus ihmisarvoisen kuntoutuksen toteutumiseen	Elämänlaadun lisääminen	Fyysisen toimintakyvyn säilyminen pidempään	Mahdollisuus sosiaalisten suhteiden ylläpitämiseen	Sosiaalisten taitojen hyödyntäminen
Vertaistuen mahdollistaminen	Onnistumisen-elämyksen luominen	Masennuksen ennaltaehkäisy	Ryhmään kuulumisen tunne	Turvallisen tunnetilan kokemus
Itseluottamuksen ja itsetunnon säilyminen	Haasteellisen käyttäytymisen vähentyminen, henkinen hyvä olo	Voimavarojen hyödyntäminen	Vuorokausi-rytmin normalisoituminen	Muistin ja terveydentilan seuranta
Mahdollisuus ohjauksen ja tuen saamiseen	Omaisen/asiakasperheen jaksamisen tukeminen		Asiakasperheilä mahdollisuus koulutukseen ja virilistykseen	
TULOKSET				
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Toimintakyvyn eri osa-alueiden säilyminen mahdollisimman kauan</li> <li>- Kotona asuminen mahdollisimman kauan</li> <li>- Ihmisarvoinen elämä muistisairaudesta huolimatta</li> <li>- Yhteiskunnan varojen merkittävä säästö</li> </ul>				

Kuvio 2. Muistisairaiden kuntouttavan päivätoiminnan yhteenvedo (Hemiä 2007)



## Kuntouttava päivätoiminta Porissa

Suomen Alzheimer-tutkimusseura on laatinut suomalaisten asiantuntijoiden kanssa suosituksen muistipotilaiden hyvän hoidon tärkeimmistä sisällöistä. Suosituksessa kuvataan muistipotilaan hoitopolku etenevänä prosessina taudin tunnistamisesta aina taudin vaikeaan vaiheeseen. Suositus muodostuu 14 väittämästä, joista rakentuu muistipotilaan katkeamaton hoitoketju. Suosituksen mukaan muistipotilaan ja hänen läheisensä kanssa on laadittava realistinen ja ennakoiva hoito- ja kuntoutussuunnitelma, jonka tärkeimmät elementit ovat asianmukainen lääketieteellinen hoito, soveltuva kuntoutus, tarvittavat tukitoimenpiteet, seuranta ja suunnitelmallinen tuki. (Suhonen 2008.) Tämä toimii myös Rinkeplummassa ohjenuorana muistisairaana hyvistä hoitokäytännöistä.

Päivätoimintakeskus Rinkeplumman uusien asiakasperheiden kanssa solmitaan sopimus kuntouttavaan päivätoimintaan osallistumisesta. Palvelusuunnitelma käynnistyy yhteisellä suunnittelulla. Työntekijät täydentävät palvelusuunnitelmaa ajan mittaan. Ensimmäisen käynnin yhteydessä tehdään myös MMSE-muistitesti, ellei sitä ole lähiaikoina tehty. Muutaman käyntikerran jälkeen kuntohoitaja/ohjaaja tekee fyysisen toimintakyvyn kartoituksen. Testien pohjalta täydentyy asiakkaan henkilökohtainen palvelusuunnitelma, joka on annettavan kuntoutuksen pohjana. Toimintakykymittaukset tehdään ja palvelusuunnitelmat tarkastetaan kolmen kuukauden välein. Asiakkaan kotiin tiedotetaan kirjallisesti testauksen jälkeen päivätoiminnan sujumisesta ja toimintakykytestien tuloksista. (Hemiä 2007.)

Fyysinen kuntoutus sisältää kuntohoitajan ohjaamaa ryhmäkuntoutusta, joka kestää noin tunnin. Tarpeen mukaan annetaan yksilöllisiä kotiohjeita. Jumppatuokiot vaihtelevat ryhmän toimintakyvyn mukaan, toisinaan pidetään vaativampi/raskaampi ja toisinaan helpompi/kevyempi tuokio. Jokainen kerta alkaa verryttelyllä, joka on esimerkiksi pallopeliiä, muistijumppaa (pelin aikana muistellaan ryhmän jäsenten nimet) tai keskittymisharjoitteita. Varsinainen jumppa koostuu nivelten liikkuvuuden ylläpidosta, lihaskunnan ylläpidosta sekä tasapainoharjoituksista. Myös reaktionopeus-, hahmottamis- sekä koordinaatioharjoittelu kuuluvat oleellisena osana jumppatuokioihin. Tavoitteena on myös elämyksellisyys, iloisuus, huumori ja ”kunnolla tekemisen meininki”. Lopuksi on venyttelyä, rentoutusta sekä rauhoittavia loppuliikkeitä ja laulua. Toisinaan tehdään kävelyretkiä ulos tai pidetään pelituokio. (Hemiä 2007.)

Muistiterapian tavoitteena on muistin työstäminen ja aivojen tehokas rasittaminen, joka pitää sisällään ajankohtaisten asioiden selvittämistä (aika- ja paikkaorientaatio päivän lehdestä ja uutisista) sekä keskustelua yleisemmin (kalenteriasiat, juhlapäivät ym.). Keskusteluryhmissä tehdään kielellisiä harjoitteita, pidetään yllä sanavarastoa ja järjestetään pienimuotoisia ”kielikursseja”. Usein käydään keskustelua alustusten pohjalta. Sisältönä voi olla myös tarinan luomista esim. kuvista ja tuoksuista. Muisteluryhmät liittyvät elämän eri vaiheisiin (lapsuus, nuoruus, aikuisikä) ja eri kulttuureihin tai historiaan (murteet, entisajan tavat sekä työt). Musiikkivisailuissa pohditaan, mitä ajatuksia musiikki herättää (vastaavasti tietovisailut, muistipelit, hahmottamisharjoitteet sananlaskut ym.). Päivätoiminnassa mukana olo on jo itsessään muistiterapiaa (ryhmän mukana toiminta, uuteen ympäristöön sopeutuminen). (Hemiä 2007.)

Kun päivätoiminta aloitettiin, tavoitteena oli, että toiminnallisella kuntoutuksella ylläpidetään ja tuetaan asiakkaiden jäljellä olevia voimavaroja ja vahvuuksia. Tekemisen mielekkyys oli myös yksi tavoitteista. Huomaamatta toiminnallinen kuntoutus muotoutui kädentaitolähtöiseksi. Aloite tuli asiakkailta itseltään, joten Rinkeplummassa on alusta alkaen valmistettu erilaisia askartelu- ja käsityötuotoksia. Myös myyjäisajatus lähti asiakkaista. Viriketoimintamme mottona on: ”Tutuilla materiaaleilla, helpohkoilla toteuttamistavoilla hyödyllistä käyttö- ja koristetavaraa”. Monet kokevat onnistumisen elämyksiä, varsinkin kun taidot ovat ruostuneet sairauden myötä, mutta ohjauksen turvin ne löytyvät

uudelleen. Naiset leikkaavat matonkuteita, kutovat mattoja, poppanoita, kaitaliinoja, keinutuolinmattoja, sukkaa, virkkaavat, tekevät paperinarutöitä ja ajankohtaisia askarteluja. Miehet sahaavat, hiovat ja maalaavat. Näin valmistuu pienimuotoisia puutöitä. Ryhmässä on leivottu, valmistettu ruokaa ja säilötty. Retket ja hemmottelupäivät ovat suosittuja. (Hemiä 2007.)

## Kuntouttavan päivätoiminnan kuvaus tuotteena

Kuntouttavan päivätoiminnan asiakaspäivä on tuotteistettu Kivistön (2003) tuotteistusprosessiin perustuen. Kuviossa 2 esitetty toimintamme on päivitetty 18.2.2009 ja on tällä hetkellä käytössä.

Palveluesitteessä on ensimmäisenä nimetty tuotteen/palvelun nimi (Taulukko 1). Tämän jälkeen on kirjattu palvelua käyttävä ryhmä asiakassegmentoinnin avulla. Toiminnan tarkoitus ja päämäärä on esitetty Päivätoimintakeskus Rinkeplumman strategian avulla. Seuraavana on kuvattu toiminnan sisältö sekä henkilöstöresurssit henkilöstön työkuvioiden avulla. Palveluesitteeseen kuuluvat myös yksityiskohtaiset työtehtävien kuvaukset (saatavana kirjoittajalta). Tämän jälkeen on listattu Päivätoimintakeskus Rinkeplumman laatu ja laatuvaatimukset muistisairaahan hyvään hoitoon/kuntoutukseen liittyen. Toiminnan arviointi on esitelty seuraavaksi ja sen jälkeen on kuvattu palvelusta aiheutuvat kustannukset. Palveluesitteen oma liite esitteen jatkona palvelee tässä kohtaa lukijaa. Esimerkiksi henkilöresursseihin tai toiminnalliseen kuntoutukseen liittyvät kysymykset voidaan tarkistaa välittömästi liitteestä.

Taulukko 1. Päivätoimintakeskus Rinkeplumman muistisairaiden kuntouttavan päivätoiminnan kuvaus Porin kaupungin palveluesitteessä

Tuotteen tai palvelun nimi	Porin seudun muistiyhdistys ry:n Päivätoimintakeskus Rinkeplumma <b>Muistisairaiden kuntouttava päivätoiminta (10 asiakaspaikkaa /ti – pe)</b>
Palvelua käyttävät ryhmät	<b>Päivätoimintakeskus Rinkeplumman asiakassegmentointi:</b> 1 Yli 65-vuotiaat muistihäiriöistä kärsivät ja lievää tai keskivaikeaa dementoivaa sairautta sairastavat 2 Alle 65-vuotiaat muistihäiriöistä kärsivät ja lievää tai keskivaikeaa dementoivaa sairautta sairastavat 3 Päivätoimintakeskus Rinkeplumman asiakkaiden perheet 4 Omaishoitajat, omaiset
Toiminnan tarkoitus ja päämäärä	<b>Päivätoimintakeskus Rinkeplumman strategia:</b> 1. Tarjoamme asiantuntemuksella kuntouttavaa päivätoimintaa muistihäiriöistä kärsiville ja lievää tai keskivaikeaa dementoivaa sairautta sairastaville. 2. Tehtävämme on sairastuneen henkilön ja hänen perheensä tukeminen. 3. Tehtävämme on mahdollistaa foorumien luominen omaishoitajien, omaisten sekä sairastuneiden vertaistoimintaan. 4. Tehtävämme on huolehtia dementoivaa sairautta sairastavien ja muistihäiriöisten sekä omaisten oikeuksien toteutumisesta  Strategian pohjalta tavoitteena on lisätä asiakasperheidemme elämänlaatua, sairastuneiden fyysistä, sosiaalista sekä psyykkistä toimintakykyä ja harjoittaa muistia. Näin ollen tuemme omaishoitajien ja omaisten työtä, jotta sairastuneen kotona asuminen mahdollisimman kauan onnistuisi ja pitkäaikaissijoitus laitoshoitoon siirtyisi huomattavasti eteenpäin.
Toiminnan sisältö	<b>Päivätoimintakeskus Rinkeplumman toiminnan sisältö:</b> - Uudet asiakkaat tulevat omaiseineen tulohaastatteluun, jossa tehdään kirjallinen sopimus kuntouttavaan päivätoimintaan osallistumisesta. - Asiakkaille tehdään toimintakyky mittaukset kolmen kuukauden välein ja jokaisen asiakkaan palvelusuunnitelma päivittyy ja rakentuu näiden testauksen pohjalta. - Omaisille lähetetään kirjallisessa muodossa toimintakyselyt. - Omaistyömme sisältää tukea, neuvontaa, virkistystä ja koulutusta hyvin monipuolisesti. - Asiakkaat käyvät pääsääntöisesti kerran viikossa, mutta tarpeen vaatiessa voidaan järjestää kaksi käyntikertaa viikossa. Jokaisella kerralla heille tarjotaan: * laaja-alaista muistiterapiaa * monipuolista liikuntaa * toiminnallista kuntoutusta eri muodoissa * päivä sisältää myös aamupalan, lounaan (ostopalveluna) ja iltapäiväkahvin - Asiakkaat saapuvat klo 9 ja kotiinlähtö tapahtuu klo 15. - Kuntouttavaa päivätoimintaa toteutetaan kuntoutumista edistävän työteen lähtökohdista.

<p>Henkilöstöresurssit (ks. myös Liitetaulukko 1)</p>	<p><b>Päivätoimintakeskus Rinkeplumman henkilöstö:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Päivätoiminnan vastaavana ohjaajana työskentelee sosionomi (yAMK), geronomi (AMK) Maaria Hemä</li> <li>- Päivätoiminnan ohjaajana työskentelee kuntotohtaja Kirsti Alinen</li> </ul> <p><u>Henkilöstön työnkuva:</u></p> <p><i>Vastaava ohjaaja</i> huolehtii toimistotöistä, yhdessä ohjaajan kanssa valmistellaan päivää, otetaan asiakkaat vastaan, huolehditaan omaiskontakteista, aamupalan tarjoilusta ja wc-avustamisesta. Vastaava ohjaaja vetää aika- ja paikkaorientaation sekä keskusteluryhmän, valmistelee lounashetken ja tekee toimistotöitä. Yhdessä huolehditaan lounaan tarjoilusta ja wc-avustamisesta. Vastaava ohjaaja vetää muistiterapiaryhmän ja neljää kertaa vuodessa tekee muistitestit. Toiminnallisen kuntoutuksen aikana vastaava ohjaaja huolehtii toimistotöistä, iltapäiväkahvin valmistelusta sekä avustamisesta ryhmässä. Yhdessä huolehdimme iltapäiväkahvin tarjoilusta, wc-avustamisesta, kotiinlähdestä ja omaiskontakteista. Asiakkaiden lähdettyä vastaava ohjaaja tekee toimistotöitä.</p> <p><i>Ohjaajan</i> tehtäviin kuuluu aamupalan valmistus, keittiötyöt, asiakkaiden toimintakykytestaukset neljä kertaa vuodessa, toimistosta huolehtiminen sekä avustaminen ryhmässä. Ohjaajan vastuulla on jumpparyhmän veto. Ohjaaja avustaa lounaan tarjoilussa sekä huolehtii siihen liittyvistä keittiö- ja siivoustöistä ja tekee avustavia tehtäviä ryhmässä. Ohjaaja vetää asiakkaille toiminnallista kuntoutusta, osallistuu asiakkaiden iltapäiväkahvin tarjoiluun, huolehtii wc-avustamisesta, asiakkaiden kotiinlähdestä sekä omaiskontakteista. Päivän päätteeksi ohjaaja tekee keittiötyöt ja siivoukset.</p>
<p>Laatu</p>	<p><b>Päivätoimintakeskus Rinkeplumman laatuksiteerit:</b></p> <p>Päivätoimintakeskus Rinkeplumman laatuksiteereiksi on valittu Muistiliiton vuonna 1996 työstämät dementoituneen hyvän hoidon kriteerit, jotka olivat osana dementoituneiden tukipalveluiden kehittäminen -projektia. Kriteerien sisällössä on hyödynnetty sekä uusinta tutkimustietoa että dementoituvien hoitotyön käytännön kokemusta. Kuntoutumista edistävän työtteen merkitys korostuu vahvasti. Näin ollen kriteeristö soveltuu päivätoiminnan kehittämiseen.</p> <p><b>Kriteeristö muotoutuu seuraavista asioista:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hoitopaikan hoitofilosofia – perusta hyvälle hoitotyölle</li> <li>2. Muistisairaana hyvä hoito edellyttää kokonaisvaltaista työtettä</li> <li>3. Omaiset osana hyvää hoitoa</li> <li>4. Osaava ja riittävä henkilökunta hoidon tärkein tae</li> <li>5. Toimiva fyysinen ympäristö hyvän hoidon tuki</li> </ol>
<p>Toiminnan arviointi</p>	<p><b>Päivätoimintakeskus Rinkeplumman toiminnan arviointi:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Asiakkaille tehtävän MMSE-muistitestin ja fyysisen toimintakyvyn testauksen tulokset ja analysointi, sillä testit tehdään kolmen kuukauden välein</li> <li>- Palvelusuunnitelmien päivittäminen ja rakentaminen</li> <li>- Asiakasperheille suunnatut kyselylomakkeet 1–2 kertaa vuodessa</li> <li>- Suora palaute asiakasperheiltä sekä yhteistyökumppaneilta</li> <li>- Henkilöstön osaamiskartoitukset/kehittämiskeskustelut</li> </ul>



Kustannukset	Tuote nimeltä Muistisairaiden kuntouttava päivätoiminta -päivä muodostuu seuraavasti:		
	Toiminto: Muistisairaiden kuntouttava päivätoiminta -päivä = kokonainen palvelupaketti	Toimintoon käytetty aika	Hinta /€
	Toimistotyöt, keittiötyöt, päivän valmistelu, opiskelijan perehdytys	45 min	6,70
	Asiakkaiden saapuminen, vastaanottaminen, omaisten kuulumiset	30 min	4,47
	Asiakkaiden aamupala, lääkkeet, wc-käynnit	30 min	4,47
	Aika- ja paikkaorientaatio, keskusteluryhmä perustuen Satakunnan Kansaan, keittiötyöt, toimistotyöt, asiakkaiden toimintakykytestaukset, ryhmässä avustaminen, opiskelijan ohjaus	75 min	11,18
	Jumppari, keittiötyöt, toimistotyöt, ryhmässä avustaminen, opiskelijan ohjaus	60 min	8,94
	Asiakkaiden lounas, lääkkeet, wc-käynnit	30 min	4,47
	Muistiterapiaryhmä, keittiötyöt, siivoustyöt, toimistotyöt, asiakkaiden muistitestaukset, ryhmässä avustaminen, opiskelijan ohjaus	60 min	8,94
	Toiminnallinen kuntoutus, keittiötyöt, toimistotyöt, asiakkaiden muistitestaukset, ryhmässä avustaminen, opiskelijan ohjaus	60 min	8,94
	Asiakkaiden iltapäiväkahvi, lääkkeet	15 min	2,24
	Asiakkaiden wc-käynnit, kotiinlähtö, omaisten kuulumiset	30 min	4,47
	Toimistotyöt, keittiötyöt, siivoustyöt	45 min	6,70
	Yhteensä	480 min	71,52

## Kirjallisuus

Granö S, Heimonen S & Koskisuu J. 2006. Kuntoutuksen sanakirja muistihäiriö- ja dementiatyöhön. JPaino Oy, Helsinki.

Hemiä M. 2007. Päivätoimintakeskus Rinkeplumman kuntouttava päivätoiminta. Pori.

Kivistö A. 2003. Talousohjaus ja tuotteistaminen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Pirkanmaan ammattikorkeakoulun julkaisusarja C. Oppimateriaalit n:o 5. Multiprint. Tampere.

Suhonen J, Alhainen, K, Eloniemi-Sulkava U, Juhela P, Juva K, Löppönen M, Makkonen M, Mäkelä M, Pirttilä T, Pitkälä K, Remes A, Sulkava R, Viramo P & Erkinjuntti T. 2008. Hyvät hoitokäytännöt etenevien muistisairauksien kaikissa vaiheissa. SLL 10: 14–15.

### Ikääntyneiden kaatumisen ehkäisy

Sari Teeri

Kaatumistapaturmat aiheuttavat valtaosan ikäihmisten tapaturmaisista sairaalahoidoista ja kuolemista, joten kaatumisten ja niistä aiheutuvien vammojen ja kuolemien ehkäisy on yksi 2000-luvun terveydenhuollon haasteista (Kannus ym. 2000, Kannus 2008). Joka toinen yli 65-vuotiaan kaatuminen johtaa vammaan (Honkanen ym. 2008). Suurin osa näistä on lieviä, mutta 5 % johtaa murtumaan, josta noin puolet on lonkkamurtumia. Lonkkamurtumista 90 % tulee kaatumisen seurauksena. (Käypä hoito 2006.) Iäkkäiden kaatumisvammojen akuuttihoidon kokonaiskustannukset Suomessa vuonna 2000 olivat 39 miljoonaa euroa. Kustannusten on arvioitu nousevan 72 miljoonaan euroon vuonna 2030 iäkkäiden määrän kasvaessa, mikäli kaatumisia ei pystytä vähentämään. (Piirtola ym. 2002.) Näin ollen kaatumisen ehkäisyllä on sekä kansanterveydellistä että kansantaloudellista merkitystä (Hartikainen ym. 2000).

Kaatumisten vaaratekijät ovat joko ympäristön vaaratekijöistä johtuvia ns. ulkoisia syitä tai henkilöstä itsestään johtuvia ns. sisäisiä syitä. Sisäisten syiden merkitys on sitä suurempi mitä iäkkäämmistä henkilöistä on kyse. Niiden on arvioitu aiheuttavan jopa neljä viidestä kaatumisesta 80 vuotta täyttäneillä. Tärkeimmät sisäiset syyt ovat korkea ikä, heikentynyt tasapainon hallinta ja liikkumisvaikeudet, heikko näkö, liikkumista haittaavat sairaudet, erityisesti Parkinsonin tauti ja dementoituminen, psyykelääkkeiden käyttö sekä useiden lääkeaineiden yhtäaikainen käyttö. Myös aiemmat kaatumiset ennustavat kaatumisia. Ulkoisia syitä ovat mm. fyysisen ympäristön esteet ja liukkaus, liukaspohjaiset jalkineet sekä huonokuntoiset apuvälineet. Myös äkilliset muutokset olosuhteissa, kuten sairaalahoitoon siirtyminen lisäävät kaatumisriskiä. (Hartikainen ym. 2000, Käypä hoito 2006.)

Kaatumistapaturmia voidaan kuitenkin ehkäistä arvioimalla kaatumista ennakoivat vaaratekijät ja kohdistamalla interventiot todettuihin vaaratekijöihin. Erilaisten kaatumisten ehkäisyohjelmien on todettu vähentävän kaatumisia noin kolmanneksella (Gillespie ym. 2009). Tuloksellisimmiksi on todettu ne iäkkäisiin ihmisiin kohdennetut yksilölliset toimenpiteet, joissa puututaan kaikkiin todettuihin vaaratekijöihin (Chang ym. 2004, Käypä hoito 2006, Rubenstein 2006). Kaatumisen ehkäisyn hyöty on todettu erityisesti aikaisemman kaatumishistorian omaavilla henkilöillä (Costello & Edelstein 2008). Tuloksia on saatu interventioilla, jotka sisältävät säännöllisiä voima- ja tasapainoharjoituksia, joiden tarkoituksena on lisätä liikuntavarmuutta (Howe ym. 2008). Lihaskuntoa ja tasapainoaistia vahvistavien ja ylläpitävien liikuntamahdollisuuksien lisääminen tuodaan esille myös Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksissa (Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen kuntaliitto 2008). Kaatumisten ehkäisyssä olennaisia toimenpiteitä ovat myös kaatumisriskiä aiheuttavien sairauksien hoitaminen sekä kaatumistaipumusta aiheuttavien lääkkeiden vähentäminen (Costello & Edelstein 2008, Salonoja ym. 2008).

Ikäihmisten kaatumistapaturmia on pyritty ehkäisemään kaatumisten ehkäisyohjelmilla sekä Suomessa että muualla maailmassa. Esimerkiksi Suomessa on laadittu oppaita ikäihmisten kaatumistapaturmista ja niiden ehkäisystä, joiden tarkoituksena on ollut esitellä tieteelliseen tutkimukseen perustuvaa tietoa iäkkäiden kaatumistapaturmista ja niiden ehkäisykeinoista terveydenhuollon ammattilaisille. Oppaita ovat julkaisseet mm. Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos (Mänty ym. 2007) sekä Ikäihmisten tapaturmatutkijaryhmä (Honkanen ym. 2008). Kyseisissä oppaissa kuvataan kaatumisten vaaratekijät ja toimintamallit kaatumisen ehkäisyn toteuttamisessa ja annetaan suosituksia sekä ohjataan toimenpiteiden kohdentamista kaatumisen ehkäisyn eri vaiheissa.

Kaatumisten ennaltaehkäisy on olennainen osa ikääntyneiden terveyden ja toimintakyvyn edistämistä, johon voidaan vaikuttaa varhaisella puuttumisella. Varhainen puuttuminen on yksi keskeinen hyvinvointia tukevan ehkäisevän työn menetelmistä (Ikäneuvo-työryhmä 2009), jonka vaikuttavuudesta yhdessä ennalta ehkäisyyn, riskien hallinnan ja kuntoutuksen kanssa on olemassa tutkimusnäyttöä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008). Varhainen puuttuminen, terveyttä ja hyvinvointia edistävien olosuhteiden ja palvelujen vahvistaminen sekä ongelmien ennalta ehkäisy ovat kustannustehokkaita ja usein ne ovat myös vaikuttamassa positiivisesti elämänlaatuun kohentamalla hyvinvointia ja terveyttä. Tämä puolestaan tukee itsenäistä suoriutumista, kotona asumista ja mahdollisuutta toimia aktiivisena yhteiskunnan jäsenenä.

Kaatumisten selvittäminen ikääntyneeltä henkilöltä on erittäin tärkeää, sillä kaatumisten jatkuessa henkilö usein vähentää liikkumistaan ja eristäytyy ympäristöstään. Kaatumisten esiintyvyyttä ja kaatumisvaraa aiheuttavia tekijöitä onkin seurattava säännöllisesti ikäihmisten hoidossa ja otettava kaatumisvaara ja kaatumisen ehkäisy puheeksi aina, kun ikääntynyt käyttää terveydenhuollon palveluja. Tämän perusteella voidaan suunnitella kaatumisten ehkäisytoimenpiteitä ja kohdentaa ne oikein.

## Kirjallisuus

Chang J, Morton S, Rubenstein L, Walter A, Maglione M, Suttorp M, Roth E & Shekelle P. 2004. Interventions for the prevention of falls in older adults: systematic review and meta-analysis of randomised clinical trials. *British Medical Journal* 328, 680-doi:10.1136/bmj.328.7441.680.

Costello E. & Edelstein J. 2008. Update on falls prevention for community-dwelling older adults: Review of single and multifactorial intervention programs. *Journal of Rehabilitation Research & Development* 45(8), 1135-1152.

Gillespie L, Gillespie W, Robertson M, Lamb S, Cumming R & Rowe B. 2009. Interventions for preventing falls in elderly people (Review). The Cochrane Collaboration, The Cochrane Library 2009, Issue 1.

Hartikainen S, Isoaho R & Kivelä S-L. 2000. Iäkkäiden kaatumisten ehkäisy. *Duodecim* 116, 2209-16.

Honkanen R, Luukinen H, Lüthje P, Nurmi-Lüthje I & Palvanen M. 2008. Ikäihmisten kaatumistapaturmat ja niiden ehkäisy. Opas sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisille. Ikäihmisten tapaturmaryhmä. Kotitapaturmien ehkäisykampanja. Saatavana [www.kotitapaturma.fi](http://www.kotitapaturma.fi). [Luettu 18.5.2010].

Howe T, Rochester L, Jackson A, Banks P & Blair V. 2009. Exercise for improving balance in older people (Review). The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley & Sons, Ltd.

Ikäneuvotyöryhmä 2009. Neuvonta ja palveluverkosto ikääntyneiden hyvinvoinnin ja terveyden edistäjänä. Sosiaali- terveysministeriön selvityksiä 2009:24. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.

Kannus P. 2008. Iäkkäiden kaatumisten, osteoporoosin ja murtumien ehkäisy. *Yleislääkäri* 5 (23), 13-16.

Kannus P, Järvinen M & Vuori I. 2000. Vanhusten kaatumistapaturmat 2000-luvun suuri haaste. Duodecim 115, 469-471.

Käypä hoito, 2006. Lonkkamurtumapotilaiden hoito. Suomalaisen lääkäriseura duodecimin ja Suomen ortopediyhdistyksen asettama työryhmä. Saatavana <http://kaypahoito.fi/kh/kaypahoito?suositus=hoi50040> [luettu 29.4.2010].

Mänty M, Sihvonen S, Hulkko T & Lounamaa A. (toim.) 2007. Iäkkäiden henkilöiden kaatumistapaturmat. Opas kaatumisten ja murtumien ehkäisyyn. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B 29/2007, Helsinki.

Piirtola M, Akkanen J, Sintonen H, Isoaho R, Ryytänen O-P & Kivelä S-L. 2002. Iäkkäiden kaatumisvammojen akuuttihoidon kustannukset. Suomen Lääkärilehti 47, 4841-4849.

Rubenstein L. 2006. Falls in older people: epidemiology, risk factors and strategies for prevention. Age and Aging 35, ii37-ii41.

Salonoja M, Salminen M, Sjösten N, Vahlberg T, Aarnio P, Isoaho R. & Kivelä S-L. 2008. Kaatumisvaaraa lisäävien lääkkeiden käyttö on yleistä. Yleislääkäri 5(23), 21-26.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2008. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuunnitelma KASTE 2008-2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:6.

Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen kuntaliitto 2008. Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:3.



## **Kaatumisten ehkäisyn vaikutukset elämänlaatuun tutkimusten mukaan**

Elämänlaatua tai terveyteen liittyvää elämänlaatua on käytetty suhteellisen vähän kaatumisten ehkäisy tutkimusten vaikuttavuuden mittarina iäkkäillä. Erilaisilla interventioilla on saatu joitakin positiivisia vaikutuksia elämänlaadun eri ulottuvuuksiin, mutta myös päinvastaisia tuloksia on. Kaatumisten ehkäisyohjelmilla on pystytty vaikuttamaan positiivisesti osallistujien fyysiseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn. Ohjelmat pohjautuvat liikuntaan sekä geriatrin suorittamaan arviointiin, joissa elämänlaatua mitataan useimmiten SF-36:lla. Mittaus painottuu elämänlaadun fyysiseen ulottuvuuteen, lähinnä terveydentilan ja toimintakyvyn mittaamiseen.

Elämänlaadun psyykkiseen ulottuvuuteen liittyvää kaatumisen pelkoa on tutkittu kaatumisten ehkäisyn yhteydessä sekä vaaratekijänä että kaatumisten seurauksena. Aikaisemmin kaatuneista ikääntyneistä 32–58 % kärsii kaatumisen pelosta, joka voi johtaa liikkumisen rajoittamiseen ja sen seurauksena fyysisen toimintakyvyn laskuun sekä elämänlaadun huonontumiseen. Kaatumisen pelkoa on aikaisemmissa ehkäisy tutkimuksissa mitattu joko kyselylomakkeilla tai mittareilla. Kaatumisen pelkoon on pystytty vaikuttamaan kapea-alaisilla liikuntapainotteisilla tai laaja-alaisilla ehkäisyohjelmilla Masennus tai runsaat masennusoireet ovat myös kaatumisten vaaratekijä iäkkäillä. Kirjallisuuskatsaus kaatumisten ehkäisyn vaikutuksista depressiivisiin oireisiin ja kaatumisen pelkoon osoitti masennusoireiden olevan vain harvoin ensisijainen vastemuuttuja tutkimuksissa. Kaatumisen ehkäisyn vaikutuksista masennusoireisiin löytyi vain vähän näyttöä.

## **Tutkimus elämänlaadusta ja iäkkäiden kaatumisten ehkäisystä**

Tutkimuksen (Vaapio 2009) tavoitteena oli

1. kuvata kirjallisuudessa esitellyt satunnaistetut, kontrolloidut kaatumisten ehkäisy tutkimukset, joissa oli käytetty elämänlaatua yhtenä vaikuttavuuden mittarina ja arvioida tutkimuksissa esitettyjen ehkäisyohjelmien vaikutukset niihin osallistuvien iäkkäiden elämänlaatuun
2. saada merkityksellistä tietoa niistä tekijöistä, jotka kuuluvat kotona asuvien iäkkäiden elämänlaadun sosiaaliseen ulottuvuuteen
3. kuvata kaatumisten ehkäisyohjelma ja arvioida sen vaikutukset ehkäisyohjelmaan osallistuneiden, kotona asuvien iäkkäiden elämänlaatuun ja elämänlaadun psykososiaalisiin ulottuvuuksiin.

Elämänlaadun käsitteen laaja-alaisuus, moniulotteisuus ja subjektiivisuus vaativat tarkastelua erilaisista näkökulmista. Elämänlaatua ja iäkkäiden kaatumisten ehkäisyä tutkittiin sekä kvalitatiivisella että kvantitatiivisella tutkimusmenetelmällä (metodologinen triangulaatio). Tutkimusaineistoja oli kolme: kirjallisuuskatsaukseen hyväksytyt tutkimukset (n=12), teemahaastatteluun osallistuneet turkulaiset (n=19) ja kaatumisten ehkäisyyn osallistuneet porilaiset (n=515)

Tutkimukseen osallistuneiden keski-ikä ensimmäisessä osatutkimuksessa on yli 69 vuotta ja toisessa yli 77 vuotta. Toinen osatutkimus toteutettiin Turussa vuosina 2000–2001, ja aineiston keruu suoritettiin teemahaastattelun avulla. Analyysimenetelmänä käytettiin kvalitatiivista sisällön analyysiä. Kolmannessa ja neljännessä osatutkimuksessa osallistujista 62 % on alle 75-vuotiaita ja 38 % 75-vuotiaita tai vanhempia iäkkäitä. Kolmas ja neljäs osatutkimus ovat osa laaja-alaista satunnaistettua, kontrolloitua kaatumisen ehkäisy tutkimusta ”Pysy pystys” -projektia, joka toteutettiin Porissa vuosina 2003–2006 yhteistyössä Turun yliopiston yleislääketieteen yksikön, Satakunnan sairaanhoitopiirin, Porin kaupungin terveystoimen ja Satakunnan ammattikorkeakoulun kanssa. Kaatumisten ehkäisyn vaikutuksia arvioitiin kvantitatiivisesti tilastollisten analyysien avulla.



## Tulokset

Kirjallisuuskatsauksen perusteella kaatumisten ehkäisy tuotti positiivisia vaikutuksia elämänlaatuun vain muutamassa tutkimuksessa, jotka osoittivat fyysisen ja sosiaalisen toimintakyvyn, energisyyden, psyykkisen terveyden sekä ympäristöllisen ulottuvuuden parantuneen. Haastattelututkimuksen mukaan elämänlaadun sosiaalinen ulottuvuus muodostui kolmesta teemasta, joita olivat henkilökohtaiset arvot, oma lähiympäristö ja oma arki. Kaatumisten ehkäisyn vaikutuksesta miehillä masennusoireet ja ahdistuneisuus vähenivät, tavanomaisista toiminnoista suoriutuminen parani ja seksuaalinen aktiivisuus sekä puhelinkontaktit lisääntyivät. Naisilla tavanomaisista toiminnoista suoriutuminen parani ja vierailut lisääntyivät ja sekä vaivat että oireet vähenivät. Ryhmien sisäisiä muutoksia tarkasteltaessa koettu terveys parani koeryhmään kuuluvilla naisilla sekä koe- ja vertailuryhmään kuuluvilla miehillä. Lisäksi kaatumisen pelko ja turvattomuuden tunteet vähenivät koeryhmään kuuluvilla naisilla.

## Johtopäätökset ja suositukset

Kirjallisuuskatsauksen perusteella näyttää siltä, että elämänlaatua on tutkittu suhteellisen vähän satunnaistetuissa, kontrolloiduissa kaatumisten ehkäisy tutkimuksissa. Elämänlaadun mittaamista ei pidetä tärkeänä ehkäisyohjelmien vaikuttavuuden arvioinnissa. Interventioilla, joissa elämänlaatua mitattiin enimmäkseen terveydentilaan ja toimintakykyyn painottuvilla mittareilla, on pystytty vaikuttamaan myönteisesti vain joihinkin iäkkäiden elämänlaadun ulottuvuuksiin. Katsauksen tulosten perusteella ei voida sanoa, millä tavoin kaatumisvaara, kaatumisten ilmaantuvuus tai vammakaatumiset ovat yhteydessä elämänlaatuun.

Haastatteleamalla iäkkäitä pystyttiin monipuolisesti kuvaamaan haastateltavien kokemuksia elämänlaadun sosiaalisesta ulottuvuudesta. Elämänkaariajattelu tuli esille kotona asuvien iäkkäiden elämänlaadun kuvauksissa, joissa korostuivat arjessa selviytyminen, lähiympäristö ja henkilökohtaiset arvot.

Laaja-alaisella ja osallistujat yksilöllisesti huomioon ottavalla kaatumisten ehkäisyllä oli suotuisia vaikutuksia ohjelmaan osallistuneiden kotona asuvien iäkkäiden elämänlaatuun joillakin fyysisillä ja psykososiaalisilla ulottuvuuksilla. Miehet näyttivät hyötyn ohjelmasta jonkin verran enemmän kuin naiset. Tutkimus kohdistettiin kaatumisten riskiryhmään, joten tuloksia ei voi yleistää koko väestöön.

Tuloksia voidaan hyödyntää ehkäisyohjelmien suunnittelussa. Perusterveydenhuollon vanhustyössä iäkkäiden kaatumisiin tulisi kiinnittää aikaisempaa enemmän huomiota. Terveystieteiden ammattilaisille tulee järjestää koulutusta kaatumisten ehkäisystä, ja ikääntyneille kuntalaisille ja heidän omaisilleen järjestää kaatumisten ehkäisyä koskevaa yleistä valistusta. Kaatumishoitajien toimia tulisi perustaa, ja neuvonnassa pitäisi korostaa kaatumisvaaran vähenemisen lisäksi myös elämänlaadun kohenemista. Elämänlaadun sosiaalisen ulottuvuuden kuvauksia voisi hyödyntää kartoitettaessa kotona asuvien iäkkäiden selviytymistä arjessa. Lähiympäristön toimivuutta sekä hoito- ja hoivapalveluita että asumispalveluita suunniteltaessa tulisi ottaa huomioon iäkkäiden omat kokemukset.

Tarvitaan lisätutkimusta kaatumisten ehkäisystä, jotta voidaan arvioida, minkälaiset ehkäisyohjelmat kohentavat iäkkäiden elämänlaatua tai terveyteen liittyvää elämänlaatua. Kaatumisten ehkäisyn vaikutuksia iäkkäiden elämänlaatuun tulisi arvioida myös laadullisilla menetelmillä. Lisäksi suositellaan ikääntyneiden elämänlaatumittarien kehittämiseen ja elämänlaadun käsitteen määrittelyyn liittyvää tutkimusta, koska yhteisesti hyväksytyt määritelmät elämänlaadusta ja terveyteen liittyvästä elämänlaadusta eri tieteenaloilla helpottaisivat tutkimusten lukemista, vertailua ja arviointia sekä mittarin valintaa.

Jatkotutkimushaasteiksi ehdotetaan yksi- ja monitekijäisiä kaatumisten ehkäisy tutkimuksia, joiden vaikutusmittareihin kuuluu elämänlaatu. Ehkäisyohjelmien vaikutuksia elämänlaatuun tulisi arvioida riskiryhmille kohdistetuissa satunnaistetuissa, kontrolloiduissa ehkäisy tutkimuksissa. Tutkimuksissa tulisi käyttää sokkouttamista, hoitokokeiluasetelmaa ja suurempia otoskokoja sekä pidempiä seuranta-aikoja. Tutkimuksissa tarvitaan myös monia vastemuuttujia, niihin tulisi rekrytoida riittävä määrä myös miehiä, ja analyysit tulisi tehdä erikseen miehille ja naisille. Muita jatkotutkimushaasteita ovat iäkkäille suunnattujen elämänlaatumittarien kehittäminen ja testaus sekä elämänlaadun käsiteanalyysi, jonka voisi toteuttaa esimerkiksi delfi-paneelin avulla. Paneeliin voisivat osallistua ikääntyneet, ikääntyneiden hoitamiseen osallistuvat terveydenhuollon ammattilaiset sekä asiantuntijat ja eri tieteenalojen elämänlaadun tutkijat.

Artikkeli perustuu kirjoittajan väitöskirjaan, jossa tarkemmat lähdeviitteet:

Vaapio S. 2009: Elämänlaatu ja iäkkäiden kaatumisten ehkäisy. (Quality of life and fall prevention among the aged). Väitöskirja/Academic dissertation. Annales Universitatis Turkuensis C 280. Turku. Saatavissa <https://oa.doria.fi/handle/10024/44658>.



# Ympäristötekijät ja ulkona liikkumisen turvallisuus

Merja Rantakokko

## Ympäristö ja toimintakyky

Liikkumiskyky on keskeinen osa iäkkään ihmisen toimintakykyä ja elämänlaatua. Ikääntymisen myötä liikkumisvaikeudet kuitenkin lisääntyvät. Mahdollisuus liikkua ulkona on oleellista liikkumiskyvyn ylläpitämisessä ja kävelylenkkeily onkin yksi ikääntyneiden suosituimmista liikuntamuodoista. Ympäristön merkitys toimintakyvylle korostuu ikääntyessä. Yksilön kykyjen ja ympäristön vaatimusten on oltava tasapainossa, jotta toiminta olisi optimaalista (Lawton & Nahemow 1973). Kykyihin nähden liian haasteellinen ympäristö johtaa toiminnan vähenemiseen ja siten myös toimintakyvyn heikkenemisen nopeutuu. Toisaalta tuttu ympäristö auttaa toimimaan, vaikka toimintakyky heikkenee, koska iäkkäät ihmiset ovat taitavia kompensoimaan toimintakyvyssä tapahtuvaa heikkenemistä tukeutumalla ympäristöönsä. Tämä näkyy muun muassa siinä, että ympäristön vaihdoksen, kuten asunnosta toiseen muuttamisen, on todettu lisäävän hetkellisesti ADL- ja IADL-vaikeuksia yli 70-vuotiailla, mutta tilanne palautuu entiselleen noin kahden vuoden kuluttua, mikäli toimintakyky kuitenkin säilyy entisellään. Samassa ajassa ihminen myös oppii tuntemaan paremmin uuden elinympäristönsä. (Chen & Wilmoth 2004.)

## Ympäristön yhteys ulkona liikkumisen aktiivisuuteen

Iäkkäiden ihmisten ulkona liikkumisen aktiivisuutta lisäävät hyvässä kunnossa olevat jalkakäytävät, turvalliset kävelyreitit ja kävelymatkan päässä olevat palvelut (Li ym. 2005, Spence ym. 2006). Iäkkäille erityisen tärkeää on ympäristön estetiikka (Li ym. 2005). Viheralueiden ja puistojen onkin todettu lisäävän kävelyaktiivisuutta. Ympäristön täytyy siis olla miellyttävä ja turvallisuuden tunnetta herättävä, jotta liikkumaan lähteminen on helppoa. Oma pieni piha tarjoaa tärkeitä ulkona liikkumisen mahdollisuuksia henkilöille, joiden liikkumiskyky on alkanut heikentyä. Henkisen hyvinvoinnin kannalta mahdollisuus liikkua (edes hieman) kodin ulkopuolella on tärkeää (Fance & Ivanoff 2009). Erityisen tärkeitä piha-alueet ovat vanhainkodeissa ja laitoksissa asuville, joille piha tarjoaa usein ainoan mahdollisuuden liikkua ulkona (Cohen-Mansfield & Werner 1998).

## Ympäristö ja kaatumiset

Ongelmat ympäristössä, kuten liukkaus ja epätasaiset pinnat, voivat lisätä kaatumistapaturmia. Jopa 75 % ulkona kaatumisista on yhteydessä ympäristötekijöihin (Li ym. 2006), mutta silti ympäristön vaaratekijöiden ja ulkona tapahtuvien kaatumisten yhteyttä on kuitenkin tutkittu vain vähän (Feldman & Chaudhury 2008). On huomattu, että ulkona kaatujat ovat aktiivisempia ja hyväkuntoisempia (Pajala ym. 2008) kuin sisällä kaatujat. Kaatumiset kuitenkin johtavat loukkaantumisiin, aktiivisuustason laskuun ja heikentyneeseen toimintakykyyn altistaen hyväkuntoisetkin vakavaan toimintakyvyn heikkenemisen riskiin. Noin kolmannes ulkona kaatumisista johtuu liukastumisesta. Kaatumisen ehkäisyssä huomiota tulisi kiinnittää yksilön ja ympäristön yhteistoimintaan, ei ainoastaan keskittyä tasapainoon tai ympäristön objektiivisiin ominaisuuksiin. Yksilön ja ympäristön yhteensopivuudesta käytetään termiä person-environment fit (Kahana ym. 2003), joka tarkoittaa tilannetta, jossa yksilön kyvyt ja ympäristön asettamat haasteet ovat tasapainossa mahdollistaen optimaalisen toiminnan. Ongelmat yksilö-ympäristö -yhteensopivuudessa heikentävät selviytymistä päivittäisistä toiminnoista ja lisäävät enemmän kaatumisen riskiä kuin pelkät ympäristön esteet (Iwarsson ym. 2009).

## **Aistit, ympäristö ja kaatumiset**

Aistitoiminnoilla on merkittävä rooli tasapainon ylläpitämisessä. Näön merkitys tasapainon ylläpitämisessä on ollut tiedossa jo pitkään. Nyt on huomattu, että myös huono kuulo altistaa kaatumistapaturmille. Mekanismi ei ole vielä täysin selvillä, mutta oletettavasti huono kuulo vaikeuttaa ympäristön havainnointia, jolloin kaatumisriski kasvaa. (Viljanen ym. 2009.) Meluisa ympäristö myös saattaa kuormittaa kuuloaistia ja samalla häiritä muiden aistien toimintaa, jolloin tasapainon ylläpito vaikeutuu. Tämä johtaa myös turvattomuuden tunteen lisääntymiseen ulkona liikuttaessa, joka on merkittävä ulkona liikkumista rajoittava tekijä.

## **Ulkona liikkumisen turvallisuus**

Ulkona liikkumisen turvallisuutta/turvattomuutta voi tarkastella sekä objektiivisesti että subjektiivisesti. Objektiivisella turvallisuudella tarkoitetaan ulkona liikkumisen konkreettisia riskitekijöitä, joita ovat mm. lumi ja jää, katujen huono kunto, korkeat katu-kiveykset, levähdyspaikkojen puute sekä huono valaistus. Subjektiivisella turvallisuudella puolestaan tarkoitetaan koettua turvallisuuden tunnetta. Tutkimuksissa on huomattu, että turvattomuuden tunne ulkona liikuttaessa vähentää aktiivisuutta. Foster ym. (2004) huomasi, että naisista, joilla on turvattomuuden tunnetta, lähes puolet liikkuu vain noin 15 minuuttia viikossa, joka on huomattavasti alle suositellun fyysisen aktiivisuuden määrän.

Turvattomuuden tunteen taustalla voi olla monia eri tekijöitä. Toimintakyvyn heikkeneminen ja ympäristön haasteet ovat näistä suurimmat, jotka yhdistyessään johtavat siihen että luottamus omaan kykyihän selviytyä ulkona vähenee. Ulkona liikkumista kohtaan voi olla myös erilaisia pelkoja; pelko väkivallan kohteeksi joutumisesta, pelko muita jalankulkijoita ja pyöräilijöitä kohtaan tai kaatumisen pelko, joka on peloista tunnetuin. Tutkimuksesta riippuen 21–85 %:lla yli 65-vuotiaista on kaatumisen pelkoa, myös niillä joilla ei ole kaatumishistoriaa. Pelko johtaa ulkona liikkumisen välttämiseen ja siten myös toimintakyvyn heikkenemiseen ja kävelyvaikeuksien syntymiseen, myös sellaisilla henkilöillä jotka liikkumiskykynsä puolesta voisivat liikkua ulkona. Pelon vaikutus kävelyvaikeuksien syntymiseen on nähtävissä hyvin nopeasti ja sen vaikutukset ovat myös pitkäkestoisia. Pelkoa lisäävät katujen huono kunto, mäkinen maasto ja liikenteen melu. (Rantakokko ym. 2009.)

Ulkona liikkumisen pelko rajoittaa liikkumisen mahdollisuuksia ja johtaa tyydyttämättömän liikunnantarpeen kehittymiseen. Tyydyttämätön liikunnantarve on tila, jossa henkilö haluaisi liikkua enemmän, mutta kokee ettei siihen ole mahdollisuuksia. Liikkuminen on ihmisen perustarve, jolloin sen tyydyttämättä jättäminen uhkaa itsemääräämisoikeutta ja altistaa toimintakyvyn heikkenemisen kierteeseen. (Rantakokko ym. 2010a.)

Haasteellinen ympäristö johtaa sekä tyydyttämättömän liikunnantarpeen että ulkona liikkumisen pelon syntymiseen ja siten heikentää iäkkäiden ihmisten elämänlaatua (Rantakokko ym. 2010b). Siksi ympäristötekijöihin tulee kiinnittää entistä enemmän huomiota ja rohkaita ja tukea iäkkäitä liikkumaan ulkona, joka puolestaan vähentää sekä pelkoa ulkona liikkumista kohtaan että tyydyttämättömän liikunnantarpeen kokemuksia ja auttaa säilyttämään toimintakykyä.

## Kirjallisuus

- Chen P & Wilmoth J. 2004. The effects of residential mobility on ADL and IADL limitations among the very old living in the community. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 59(3), 164–72. Cohen-Mansfield J & Werner P. 1998. The effects of an enhanced environment on nursing home residents who pace. *Gerontologist* 38(2), 199–208.
- Fange A, & Ivanoff SD. 2009: The home is the hub of health in very old age: Findings from the ENABLE-AGE project. *Arch Gerontol Geriat* 48(3),340–345.
- Feldman F & Chaudhury H. 2008. Falls and the physical environment: A review and a new multifactorial falls-risk conceptual framework. *Can J Occup Ther* 75(2), 82–95.
- Foster C, Hillsdon M & Thorogood M. 2004. Environmental perceptions and walking in english adults. *J Epidemiol Community Health* 58(11), 24–928.
- Iwarsson S, Horstmann V, Carlsson G, Oswald F & Wahl H. 2009. Person–environment fit predicts falls in older adults better than the consideration of environmental hazards only. *Clin Rehabil* 23(6), 558–567.
- Kahana E, Lovegreen L, Kahana B & Kahana M. 2003. Person, environment and person-environment fit as influences on residential satisfaction of elders. *Environ Behav* 35(3), 434-453.
- Lawton M & Nahemow L. 1973. Ecology and aging process. Eisdorfer C, Lawton MP, editors. *The psychology of adult development and aging*. Washington DC: American Psychological Association, 619–674.
- Li F, Fisher K, Brownson R & Bosworth M. 2005. Multilevel modelling of built environment characteristics related to neighbourhood walking activity in older adults. *J Epidemiol Community Health* 59(7), 558–564.
- Li W, Keegan T, Sternfeld B, Sidney S, Quesenberry C & Jr, Kelsey J. 2006. Outdoor falls among middle-aged and older adults: A neglected public health problem. *Am J Public Health* 96(7), 1192–1200.
- Pajala S, Era P, Koskenvuo M, Kaprio J, Tormakangas T & Rantanen T. 2008. Force platform balance measures as predictors of indoor and outdoor falls in community-dwelling women aged 63–76 years. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 63(2), 171–178.
- Spence J, Plotnikoff R, Rovniak L, Martin Ginis K, Rodgers W & Lear S. 2006. Perceived neighbourhood correlates of walking among participants visiting the Canada on the move website. *Can J Public Health*. 97 Suppl 1, 36, 40, 39–44.
- Rantakokko M, Iwarsson S, Hirvensalo M, Leinonen R, Heikkinen E & Rantanen T. 2010a. Unmet physical activity need in old age. *J Am Geriatr Soc* In press.
- Rantakokko M, Iwarsson S, Kauppinen M, Leinonen R, Heikkinen E & Rantanen T. 2010b. Quality of life and barriers in the outdoor environment. Submitted for publication. 2010.
- Rantakokko M, Manty M, Iwarsson S, Tormakangas T, Leinonen R, Heikkinen E ym. 2009. Fear of moving outdoors and development of outdoor walking difficulty in older people. *J Am Geriatr Soc* 57(4), 634–640.
- Viljanen A, Kaprio J, Pyykko I, Sorri M, Pajala S, Kauppinen M ym. 2009. Hearing as a predictor of falls and postural balance in older female twins. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 64(2), 312–317. 35

# Kaatumiset kuriin Kokkolassa

Gerd Laxåback

Tämän hetken yksi keskeisimmistä sosiaali- ja terveystaloudellisista tavoitteista on löytää keinoja, miten ikääntyneet ihmiset voisivat selviytyä omassa kodissaan entistä pidempään. Ennaltaehkäisevää näkökulmaa ei ikääntyvien kohdalla oteta huomioon niin kuin pitäisi. Kun esimerkiksi ikäihminen kaatuu, syy on pyrittävä selvittämään. Kaatuminen on usein ensimmäinen merkki toimintakyvyn heikkenemisestä.

Kokkolan yliopistokeskus Chydeniuksen Palso-hankeessa testattiin ja tutkittiin ikäihmisten tasapainoa, lihasvoimaa, kävelyä ja toimintakykyä vuonna 2007. Tutkimuksessa verrattiin kaatujia ja ei-kaatujia. Hankkeeseen osallistui noin 100 Kokkolan kotihoidon asiakasta. Kaatujan kriteeri oli yksi tai useampi kaatuminen kuluneen vuoden aikana. Hankkeen tavoitteena oli kehittää testimenetelmiä ja -laitteita yhteistyössä HUR Oy:n, Raisoft Ltd:n ja fysikaalisen hoitolaitoksen Medirexin kanssa, samoin tiedottaa tasapainosta ja toimintakyvystä kotona asuville kotisairaanhoidon henkilöille.

Tulokset osoittivat että kaatujien ja ei-kaatujien ”fysiologisessa profiilissa” on eroa: Kaatujat ovat hentorakenteisempia; kehonkoostumus on pienempi kuin ei-kaatujien; etureisien ja loitontajien lihasvoimat ovat heikommat. Tutkimus osoitti että kuuluakseen ei-kaatujien ryhmään isometrinen voima etureidessä oli keskimäärin vähintään sama kuin henkilön oma kehonpaino (polven ojennus, polvinivel 120 asteen kulmassa). Sivusuuntainen huojunta on kaatujilla suurempi eivätkä he pysty kiihdyttämään kävelyvauhtiaan samalla tavalla kuin ei-kaatujat.

Palso-hanke johti WELMED-testilaboratorion perustamiseen Kokkolaan. WELMEDissä testataan erilaisiin potilasryhmiin kuuluvia potilaita/asiakkaita kuten kotihoidon kaatujia, polvi- ja lonkkaproteesipotilaita.

Kaatuja-ryhmä toteutetaan Kokkolan kotihoidon, HURin, Raisoftin ja Medirexin kanssa. Tavoitteena on kehittää kaatumista ehkäiseviä toimenpiteitä kotihoidossa ja arvioida kuntoharjoittelun vaikuttavuutta/kustannusvaikuttavuutta.

Kun kotihoidossa olevalle asiakkaalle on sattunut kaatuminen, kotihoidon työntekijä täyttää kaatumisen seurantalomakkeen. Yhteydenotto WELMEDIin tapahtuu kun kotihoidon työntekijä yhdessä kotihoidon asiakkaan kanssa sopivat testiajasta. Kaatumistilanteen ulkoisia riskitekijöitä arvioidaan täyttämällä ympäristön seurantalomaketta. Asiakkaan RAI-HC -lomaketta päivitetään.

WELMED-tutkimuksissa pyritään selvittämään kaatumisen syy testaamalla asiakkaan tasapainoa, lihasvoimaa ja kävelykykyä. Henkilökohtainen kotiharjoitusohjelma laaditaan perustuen tutkimuksissa esille tulleisiin ongelmiin. Harjoitus liitetään hoitosuunnitelmaan ja kotihoidon työntekijän ohjauksella asiakas suorittaa harjoitukset kotonaan ja täyttää harjoituspäiväkirjan. Kahden kuukauden jälkeen tehdään seuranta tutkimus. Seurantatutkimuksen tavoite on muun muassa, että voima etureidessä olisi vähintään sama kuin kehon paino, myös heikommassa jalassa, ja että asiakkaan tuoliilta nousu onnistuisi käsiä käyttämättä. Lääkityksen tarkastus tulisi tehdä jos käytössä on useita lääkkeitä ja henkilö on kaatunut, samoin kivun tuntemukseen on aina pyrittävä vaikuttamaan. Toimintakyvyn ylläpitäminen edellyttää kykyjen käyttöä ja aktiivinen toiminta on paras kaatumisen ennaltaehkäisy.

# Kaatumishoitajamalli – iäkkäiden kaatumisten sekundaaripreventio perusterveydenhuollossa

Sari Teeri

Kaatumiset ovat iäkkäiden henkilöiden yleisin tapaturmaryhmä. Joka kolmas yli 65-vuotias kaatuu vähintään kerran vuodessa (Gillespie ym. 2009) ja useat heistä toistuvasti. Sairaalahoitoon Suomessa tulee vuosittain noin 30 000 henkilöä kaatumisvamma vuoksi, joten kaatumistapaturmat seurauksineen sitovat runsaasti sosiaali- ja terveydenhuollon voimavaroja ja heikentävät kaatuneen henkilön elämänlaatua monin tavoin. Tutkimusten mukaan iäkkäiden henkilöiden kaatumisriskiin on kuitenkin mahdollisuus vaikuttaa (Costello ym. 2008). Jopa joka kolmas kotona asuvien iäkkäiden kaatuminen tai kaatumisvamma voidaan ehkäistä. Parhaat tulokset on saavutettu riskiryhmiin kohdistetuilla yksilöllisillä ehkäisytoimenpiteillä, joissa otetaan huomioon ikääntyneen henkilön kokonaistilanne (McClure ym. 2008, Spice ym. 2008, Howe ym. 2009, Tinetti ym. 2009).

## Kaatumisten sekundaaripreventio

Kaatumisten sekundaaripreventiohanke perustuu kaatumisten tutkimuksiin ja Porissa vuosina 2003–2006 toteutettuun tutkimukseen, jossa järjestettiin porilaisille 65 vuotta täyttäneille kotona asuville, vähintään kerran kaatuneille henkilöille mahdollisuus osallistua moniammatillisesti toteutettuun ja useampaan kaatumisen vaaratekijään kohdistuvaan kaatumistapaturmien ehkäisyyn. Tutkimukseen kuului vuoden mittainen interventio ja kriittinen vaikutusten arviointi. Keskeiset vaaratekijät, joiden arviointiin pyrittiin, olivat heikentynyt lihasvoima ja tasapaino, huono näkö, lääkkeiden haittavaikutukset, aliravitsemus ja masennus. Tutkimustulosten pohjalta kehitettiin riskiryhmille soveltuva kaatumisten ehkäisyohjelma ja toimintamalli vaaratekijöiden kartoitukseen, joita nyt testataan ja kehitetään edelleen Satakunnan alueella yhteistyössä Satakunnan ammattikorkeakoulun senioripalveluiden ja vanhustenhoidon osaamiskeskus SENTTERIn sekä Turun yliopiston yleislääketieteen laitoksen kanssa.

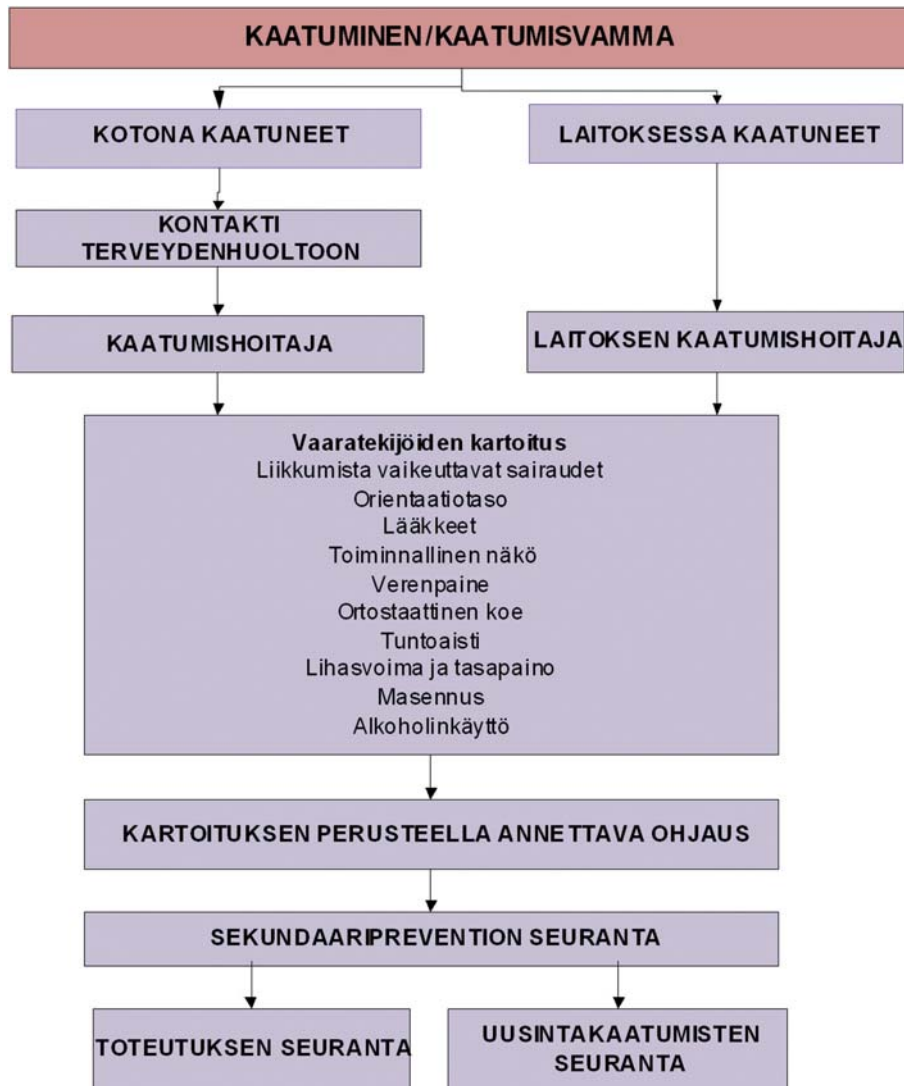
Hankkeen tarkoituksena on levittää "kaatumishoitajamalli" palvelujärjestelmään. Toteutukseen liitetään alkuvaiheessa systemaattinen seuranta ja arviointi. Tarkoituksena on, että kaikki yli 65-vuotiaat kotona tai laitoksessa asuvat, jotka tulevat kaatumisen takia terveyskeskukseen, ohjataan kaatumishoitajan vastaanotolle. Kaatumishoitajan vastaanotto toimii matalan kynnyksen neuvontapisteenä. Lähtökohtana on ollut ajatus palveluvalikoiman lisäämisestä ja kohdentamisesta erityisesti riskiryhmään kuuluville ikäihmisille.

## Kaatumishoitajamalli perusterveydenhuollossa

Kaatumisen ehkäisyn sekundaaripreventio on aloitettu kouluttamalla Satakunnan alueen kussakin kunnassa 2–3 sairaanhoitajaa, terveydenhoitajaa tai fysioterapeuttia iäkkäiden kaatumisen ehkäisymalliin. He toimivat "kaatumishoitajina" perusterveydenhuollossa. Hoitajien koulutus koostuu sekä teoriaosuudesta että harjoituksista. Teoriaosuudessa käydään läpi kaatumisen vaaratekijät, miten niitä mitataan sekä miten niihin pystytään vaikuttamaan ja näin ollen ehkäisemään uudelleen kaatumista. Teoriaosuuden jälkeen jokainen hoitaja harjoittelee mittausten suorittamista käytännössä. Koulutuksen jälkeen kyseiset hoitajat aloittavat vastaanottotoiminnan omissa toimipisteissään.



Vastaanotollaan hoitaja kartoittaa kunkin henkilön kohdalla kaatumiselle altistavat sisäiset vaaratekijät yksilöllisesti, informoi heitä löydettyjen riskien perusteella ja ohjaa tarvittaessa eteenpäin. Lonkkamurtuman saaneiden tai muun sairaalahoitoon johtaneen vamman saaneiden kaatumisen vaaratekijät kartoitetaan sairaalahoidon jälkeen. Jos kaatuminen on tapahtunut palvelukodissa, ryhmäkodissa, vanhainkodissa tai pitkäaikaishoitolaitoksissa, kaatumishoitaja kartoittaa yhteistyössä hoitohenkilökunnan kanssa yksilölliset vaaratekijät ja huolehtii niiden vähentämisestä. (Kuvio 3)



Kuvio 3. Kaatumisen sekundaaripreventio

### Sisäisten vaaratekijöiden kartoitus

Kaatumisten vaaratekijät jaetaan sisäisiin ja ulkoisiin. Tässä hankkeessa keskitytään sisäisten vaaratekijöiden kartoitukseen ja kaatumisten ennaltaehkäisyyn vaikuttamalla sisäisiin vaaratekijöihin. Sisäisten vaaratekijöiden osuuden on todettu olevan sitä suurempi mitä iäkkäämmästä henkilöstä on kyse. Tärkeimmät vaaratekijät ovat korkea ikä, heikentynyt tasapainon hallinta ja liikkumisvaikeudet, heikko näkö, sairauksista erityisesti Parkinsonin tauti ja dementoituminen, psyykenlääkkeet, polyfarmasia, sekä aikaisempi kaatuminen (Käypä hoito 2006). Aikaisemmasta kaatumisesta seuraavan kaatumisen pelon (Honkanen ym. 2008, Linattiniemi ym. 2009) on todettu johtavan päivittäisten toimintojen ja liikkumisen rajoittumiseen, jonka seurauksena fyysinen ja psyykinen kunto sekä sosiaalinen elämälaatu heikentyvät. Tässä hankkeessa pyritään vaikuttamaan juuri tähän aikaisemmin kaatuneiden iäkkäiden ihmisten ryhmään.

Sisäiset vaaratekijät kartoitetaan haastatteluilla sekä erilaisilla testeillä ja mittareilla. Hoitaja kartoittaa asiakkaan orientaatiotason kolmella kysymyksellä, kaatumishistorian ja sairaushistorian sekä tarkistaa lääkityksen, mittaa verenpaineen ja tekee ortostaattisen kokeen, arvioi asiakkaan toiminnallisen näön tarkkuuden, konsultoi tarvittaessa lääkäriä sekä sopii yhdessä asiakkaan ja lääkärin kanssa tarvittavista jatkotoimenpiteistä. Lihassoiman ja tasapainon testaukset suoritetaan arvioimalla seuraavat asiat:

- kosketustunto monofilamentilla
- puristusvoima
- seisoma-asento
- puolitandemseisonta
- tandemseisonta
- vuorottainen askellus
- tuoilta ylösnousu
- kävely.

Lisäksi arvioidaan asiakkaan mahdollista masennusta GDS 5 -mittarin (Geriatric Depression Scale) avulla. Alkoholin käyttöä mitataan WHO:n kehittämän AUDIT-testin kahdella ensimmäisellä kysymyksellä: kuinka paljon henkilö käyttää alkoholia ja kuinka usein.

Riskien perusteella asiakkaille suunnitellaan yksilöllisesti tarvittavat interventiot. Hänet voidaan ohjata lääkärin, silmälääkärin tai fysioterapeutin vastaanotolle, sekä tarvittaessa erilaisiin liikunta-, virike- tai psykososiaalisiin ryhmiin. Tärkeää on antaa yksilöllinen ohjaus vaaratekijöiden kartoituksen perusteella.

Hankkeen aikana tehdään seurantatutkimusta kaatumisten vaaratekijöitä ja kaatumishoitajan antaman ohjauksen ja toimenpiteiden vaikuttavuudesta.

### **Hankkeen hyödyt ja tulevaisuuden mahdollisuudet**

Hankkeen kautta syntyy kaatumishoitajaverkosto, joka muodostuu palvelujärjestelmissä toimivista ammattilaisista, jotka kehittävät kaatumisen ehkäisyä edelleen alueellaan. Hanke tuottaa myös uuden mallin siitä, miten tutkimukseen perustuva toimintamalli voidaan levittää ja juurruttaa osaksi normaalia käytäntöä. Hankkeen avulla pyritään vähentämään iäkkäiden kaatumisia ja kaatumisvammoja, parantamaan ikääntyneen väestön toimintakykyä ja itsestä selviytymistä. Kaatumisten vähentyessä samalla myös kaatumisvammojen hoidosta aiheutuvat kustannukset alenevat. Hanke edesauttaa myös moniammatillisen yhteistyön kehittymistä sekä tuottaa työkalun kunnissa toimivien neuvontakeskusten työntekijöille.

### **Kirjallisuus**

Costello E & Edelstein J. 2008. Update on falls prevention for community-dwelling older adults: Review of single and multifactorial intervention programs. *Journal of Rehabilitation Research & Development*, 45(8), 1135–1152.

Gillespie L, Gillespie W, Robertson M, Lamb S, Cumming R, Rowe B. 2009. Interventions for preventing falls in elderly people (Review). The Cochrane Collaboration, The Cochrane Library 2009, Issue 1.

Honkanen R, Luukinen H, Lüthje P, Nurmi-Lüthje I & Palvanen M. 2008. Ikäihmisten kaatumistapaturmat ja niiden ehkäisy. Opas terveydenhuollon ammattilaisille. Kotitapaturmien ehkäisykampanja. Saatavana [www.kotitapaturma.fi](http://www.kotitapaturma.fi). [Luettu 18.5.2010].

Howe T, Rochester L, Jackson A, Banks P & Blair V. 2009. Exercise for improving balance in older people (Review). The Cochrane Collaboration, The Cochrane Library, Issue 1.

Linattiniemi S, Jokelainen J & Luukinen H, 2009. Falls risk among a very old home-dwelling population. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 27(1), 25–30.

Käypä hoito 2006. Lonkkamurtumapotilaiden hoito. Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin ja Suomen Ortopediyhdistyksen asettama työryhmä. Saatavana <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50040>

McClure RJ, Turner C, Peel N, Spinks A, Eakin E & Hughes K. 2008: Population-based interventions for the prevention of fall-related injuries in older people (Review). The Cochrane Collaboration, The Cochrane Library, Issue 4.

Spice CL, Morotti W, George S, Dent THS, Rose J, Scott H & Gordon CJ. 2008: The Winchester falls project: a randomised controlled trial secondary prevention of falls in older people. *Age and Aging Advance Access* 1, 1–8.

Tinetti M, Baker D, King M, ym. 2008: Effect of dissemination of evidence in reducing injuries from falls. *The New England Journal of Medicine* 359, 252–261.



# Asumisen esteettömyys – ajankohtainen kehittämiskohde

Hanna Hyttinen

### Johdanto

Ihmiset panostavat nykyisin entistä enemmän kotinsa hankintaan, rakentamiseen, kunnostamiseen, sisustamiseen ja varustamiseen. Ikääntyvät eivät tee tässä poikkeusta. Kuluttajat ovat kiinnostuneita asumisen laadusta ja sen kehittamisestä. He ovat laatutietoisia, mutta eivät yleensä pidä esteettömyyttä laadun osatekijänä.

Elinikäodotusten kasvaessa esteettömien omistus-, asumisoikeus- ja vuokra-asuntojen kysynnän ennakoidaan kuitenkin lisääntyvän. Selvitysten mukaan 60–74-vuotiaiden sinänsä vähäiset muuttohalut lähtevät ensisijaisesti siitä, että nykyinen asunto oli liian suuri tai se ei vastaa tarpeita, mikä tarkoittaa esteitä, esimerkiksi kerrostalon hissittömyyttä (Strandell 2005). Hirvosen, Mannisen ja Hakasteen (2005) uusien asuintalojen asukkaille suuntaamassa kyselyssä puolet 60 vuotta täyttäneistä oli muuttanut omakotitalosta kerrostaloon.

Suomessa tarvitaan ikääntyneille enemmän vaihtoehtoja asumisratkaisuihin. Osa voidaan toteuttaa kehittämällä olemassa olevaa asumista, mutta tarvitaan myös sekä sisällöllisesti että rakenteellisesti uusia monipuolisia ratkaisuja. Suomessakin tulisi siirtyä palveluympäristöihin keskittymisestä tarkastelemaan ikääntynyttä ja hänen tarpeitaan erilaisissa asuinympäristöissä ja -ratkaisuissa. (Välikangas 2009.)

Ikäihmisten kotona asuminen on nostettu yhteiskuntapolitiikan tavoitteeksi. Varautuminen väestön ikääntymiseen on otettu huomioon nykyisessä hallitusohjelmassa. Esteettömyys ja turvallisuus ovat ikäihmisten palvelujen kehittämisen painopisteinä. Ikääntyneiden kotona asumista tuetaan myöntämällä korjausavustuksia asuntojen korjaukseen ja hissien rakentamiseen. Erityisryhmien asunto-olojen parantamiseksi tarkoitettuja avustuksia kohdennetaan ikääntyneille tarkoitettujen palvelutalojen ja ryhmäkotien rakentamiseen ja peruskorjaukseen.

Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksessa on asetettu tavoitteeksi, että 75 vuotta täyttäneistä 91–92 % asuu kotona. Se edellyttää, että heillä on tarpeidensa mukaisia asuntoja. Toistaiseksi maassamme ei ole kiinnitetty riittävästi huomiota laitoshoidon purkamisesta johtuvaan uudis- ja korjausrakentamisen tarpeeseen (Eklund ym. 2007). Tavallisten asuntojen osalta edessä on mittava peruskorjaustarve kestävän, elinkaarimallisen asuntokannan ja asuinympäristön kehittämiseksi. Esteettömyyden ja ikääntyneille soveltuvien ratkaisujen olemassaolo mahdollistuu, kun suunnittelusta ja rakentamisesta vastaavat toimijat ovat mukana ikääntyvien asumisen kehittämisessä. Suomessa ongelmana ei ole niinkään tiedon puute, vaan sen siirtymättömyys käytäntöön. (Välikangas 2009.)

### Mitä ikääntyneet asumisessa arvostavat

Ihmiset arvostavat yleensä eniten asunnon edullista sijaintia ja viihtyvyystekijöitä. Ikääntyvien arvostuksissa korostuvat lisäksi palvelujen saatavuus ja esteettömyysnäkökohdat, kuten hissi (Poutanen 2003). Saavutettavuus ja tavoitettavuus ovat ikääntyvien tärkeimmät ympäristövaatimukset. Saavutettavuuden merkitys kasvaa, jos ikääntyvällä on liikuntarajoitteita. Ystävien tavoitettavuudella ja ostos- ja vapaa-ajanviettomahdollisuuksien saavutettavuudella on merkitystä tyytyväisyyteen. Seuraavaksi tärkeimpiä tekijöitä ovat koettu turvallisuus ja tuttuus. Esimerkiksi turvallisuus ja tuttuus. Esimerkiksi tuttu naapurusto on

ikäntyneelle tärkeämpi kuin nuorille. Kannustava ja virikkeellinen ympäristö vaikuttaa fyysisiin ja psyykkisiin valmiuksiin. Paikkojen tunnistettavuus ja helppo orientoituminen edistävät asuinympäristön tarjoamien mahdollisuuksien hyödyntämistä. (Weltzien 2004.)

### **Asumisen esteettömyys**

Ikääntymispoliittisten tavoitteiden toteutumisessa kaiken perusta on esteettömyys. Esteettömyys on laaja asia. Se voi merkitä palvelujen saatavuutta, välineiden kestävyyttä, tiedon ymmärrettävyyttä tai mahdollisuutta osallistua itseään koskevaan päätöksentekoon. Fyysinen esteettömyys tarkoittaa, että kaikkiin tiloihin on helppo päästä ja liikkua myös apuvälineen kanssa. Esteettömyyttä on se, että tilat sekä niissä olevat toiminnot ovat mahdollisimman helppokäyttöisiä ja loogisia. Esteetön ympäristö on muunneltavissa tarpeiden muuttuessa. Esteetön ympäristö vähentää apuvälineiden ja avustajan tarvetta, pienentää onnettomuusriskiä, lisää tasa-arvoisuutta ja lisää omatoimisuutta ja estää passivoitumista. Väällisesti esteetön ympäristö tuo myös säästöjä. (STM 2008.)

Pesola (2006) on todennut, että rakennus tai asunto on esteetön silloin, kun se on kaikenlaisten käyttäjien kannalta toimiva, turvallinen ja miellyttävä käyttää. Asuntosuunnittelussa esteettömyys tarkoittaa muun muassa vaivatonta sisäänpääsyä, väljiä kulkureittejä, tilavia hissejä ja kylpyhuoneita, riittävää valaistusta ja kontrasteja, joustavuutta ja varautumista mahdollisiin muutoksiin esimerkiksi toimintakyvyssä.

### **Ikääntymisestä johtuvia esteettömyystarpeita**

Ikääntyneet eivät ole homogeeninen ryhmä, jolla on yhtenevät tarpeet. Eroja aiheuttavat muun muassa taloudellinen asema, perherakenne, palvelun tarve, toimintakyky, tottumukset, tavat ja mieltymykset. Kaikki kuitenkin ikääntyvät ja toimintakyky heikkenee. Ennemmin tai myöhemmin näkö heikkenee, valontarve kasvaa ja kuulo heikkenee. Voimat vähenevät ja tasapaino heikkenee. Liikkuminen hidastuu ja vaikeutuu ja oman auton käyttö vähenee tai loppuu. Muistiongelmiaakin on monilla. Uusien asioiden omaksuminen hidastuu, reagointiaika kasvaa ja päätöksentekokyky hidastuu. Koko keho haurastuu.

Ikääntyville tarkoitettussa arkkitehtuurissa on perusteltua suosia ratkaisuja, joissa selkeä ja mahdollisimman suorakulmainen koordinaatisto auttaa orientoitumista. Arkkitehtonista kikkailua ja ”lasiarkkitehtuuria” on syytä välttää. Hyvä väritys ja selkeät kontrastit auttavat hahmottamaan ja ymmärtämään tilan muodon. Hyvä valaistus vähentää onnettomuusriskiä. Huono valaistus ja väritys puolestaan saattavat aiheuttaa virheaistimuksia. (Pesola 2009.)

### **Ikääntyneiden asumisen vaihtoehdot**

Ikääntyneet asuvat ensisijaisesti omassa kodissaan, joka voi olla tavallinen vuokra-asunto tai omistusasunto. Asunnon voi hankkia myös vanhusten vuokrataloista, ”vanhustentaloista”, jotka ovat yleensä kaupungissa kerrostaloja ja maaseudulla rivitaloja. Vuokra- tai omistusasunnon voi hankkia myös senioritalosta. Palvelutalot ja palveluasunnnot ovat tarpeen niille, jotka tarvitsevat asumisen lisäksi tavallisia tai tehostettuja palveluja. Palvelutarpeen kasvaessa esimerkiksi dementoituville ryhmäkodit, pienkodit ja dementiakodit ovat sopivia vaihtoehtoja. Laitoshoidto, esimerkiksi vanhainkoti, on tarkoitettu eniten apua tarvitseville. Terveyskeskusten vuodeosastot pyritään osoittamaan sairauden tai kuntoutustarpeen takia lyhytaikaista hoitoa tarvitseville.

## Senioritalot yleistyvät

Senioritalot suunnitellaan ikääntyvien esteetöntä liikkumista ja heikentyvää toimintakykyä ajatellen. Yleisenä periaatteena on, että senioritalot sijoitetaan kuntien tai taajamien keskustoihin lähelle kaupallisia palveluja, päiväkeskuksia ja hyvinvointi- ja virkistyspalveluja, ja että talojen pihapiirit suunnitellaan viihtyisiksi ja esteettömiksi. Taloissa on tilavat hissit, ja asunnot suunnitellaan myös liikuntarajoitteisille soveltuviksi. Omistusasuntojen osalta ei asunnon ostamiseen tai myymiseen liity yleensä muita tavanomaisesta poikkeavia rajoituksia kuin asuntokunnan yhden jäsenen vähimmäisikä 55 vuotta (Olsbo-Rusanen & Väänänen-Sainio 2003, Özler-Kemppainen 2005.)

Senioritaloja koskevat samat esteettömyysmääräykset kuin muutakin uudisrakentamista, mutta ikäihmisten tarpeet otetaan paremmin huomioon suunnittelussa. Asunnot varustetaan teknisillä turvalaitteilla tai niitä varaudutaan lisäämään asukkaan myöhempien tarpeiden mukaisesti. Nukkumisvaikeuksista kärsivien elämää voidaan helpottaa varustamalla talo tavallista paremmilla äänieristeillä. Yhteistilat taloissa saattavat olla hyvinkin vähäiset. Senioritalojen rakentamiselta puuttuvat kuitenkin vielä yhteiset kriteerit. (Olsbo-Rusanen ym. 2003, Özler-Kemppainen 2005.)

Yleensä vastarakennettuun senioritaloon muuttaneet ovat omatoimisia ja itsenäisiä, mutta toimivinkaan koti ja asuinympäristö ei loputtomiin suojaa toimintakyvyn heikkenemiseltä. Nykyisin asunnoilta toivotaan muuntojoustoa, jolloin huonejakoa tai käyttötarkoitusta on mahdollista muuttaa elinkaaren aikana muuttuvien tarpeiden mukaisesti (Hirvonen ym. 2005). Asunnon tilojen muuntelu esimerkiksi sellaiseksi, että liikkumisen apuvälineiden käyttäminen tai asukkaan avustaminen on mahdollista, vähentää muuttamisen tarvetta.

Suomessa on tuotettu monia senioritaloratkaisuja, joista seuraavassa on kolme erilaista esimerkkiä:

*Caritas-kylä* Oulun keskustan tuntumassa on suunniteltu tukemaan eri-ikäisten asukkaiden sosiaalista integroitumista sijoittamalla alueelle palveluasuntoja, ryhmäkoteja ja senioriasuntoja (vuokra- ja omistusasuntoja) sekä tavallisia kerrostaloja. Senioritalot sijaitsevat kylän palvelutalon läheisyydessä. (Özer-Kemppainen 2005.)

*Senioritalo Loppukiri* edustaa yhteisöllistä asumista. Se on Aktiiviset Seniorit ry:n aloitteesta Helsingin Arabianrantaan rakennettu talo. Hanketta varten on perustettu asunto-osakeyhtiö ja asukkaat rahoittavat omat asuntonsa ja yhteistilat. Asunnot ovat pinta-alaltaan keskimäärin 54 m<sup>2</sup>, ja yhteiset tilat toimivat kotien jatkeina. Kaikissa asunnoissa on parvekkeet, muttei huoneistokohtaisia saunoja. Tavoitteena on valmistaa ruoka ja ruokailla yhdessä, osallistua töihin ja päätöksentekoon kukin vuorollaan vointinsa mukaan.

*Ristijärven seniorikylä* profiloituu ikäihmisten palvelemiseen, asumiseen ja hoitamiseen. Hankkeeseen liittyy tutkimus- ja kehittämistoimintaa. Kylään on rakennettu ensin esteettömiä omistusasuntoja. Myöhemmin saneerataan olemassa olevasta asuntokannasta taloja vuokra-asunnoiksi. Seniorikylä ajatellaan mahdollisuudeksi kehittää asumista ja palveluja, jotka auttavat ikääntyneitä suoriutumaan arjessa ja houkuttelevat muualta muuttajia.

## **Esteetöntä rakentamista ohjaavat normit**

Asumisen esteettömyyttä säätelevät monet normit. Suomen perustuslaki edellyttää kansalaisten yhdenvertaisuuden turvaamista. Maankäyttö- ja rakennuslaki ohjeistaa alueiden käytön suunnittelun tavoitteita, rakentamiselle asetettavia vaatimuksia ja ympäristön hoitoa. Maankäyttö- ja rakennusasetus ohjeistaa liikkumisen kannalta esteetömmään rakentamiseen. Suomen rakentamismääräyskokoelmasta löytyvät määräykset ja ohjeet: Esteetön rakennus, Rakennusten käyttöturvallisuus ja Asuntosuunnittelu. (Pesola 2009.) Esteettömyyttä koskevat vähimmäisvaatimukset on lainsäädännöllä turvattu, mutta ne eivät läheskään aina toteudu. Iäkkäille tarkoitettujen asuntojen ja asuin-ympäristöjen esteettömyyden arviointi on sen takia tarpeen niin uusissa, vanhoissa kuin peruskorjatuissakin asunnoissa. Arvioinnin tueksi on käytettävissä hyviä mittareita.

## **Esteettömyyden arviointimittareita**

Rakentajille ja peruskorjaajille asuntojen ja asumisympäristöjen esteettömyyden arvioimisen tueksi on olemassa useita erilaisia arviointimittareita. Osa niistä on maksullisia ja osa maksuttomia.

Invalidiliitolla on arviointimittarit ja -oppaat sekä julkisten tilojen että yksityisten asuntojen arviointiin. Materiaali on vapaasti saatavana osoitteesta: [www.invalidiliitto.fi](http://www.invalidiliitto.fi)

Asumisen rahoitus- ja kehittämiskeskuksesta on asunnon arviointimenetelmä (Arvi), joka on maksuton. Lisätietoa löytyy osoitteesta: [www.ara.fi](http://www.ara.fi)

Housing enabler -menetelmä, josta Heimovaara-Kotosen ja Tantun esitykset jäljempänä tässä julkaisussa.

## **Kirjallisuus**

Eklund F, Vauramo E, Autio A. & Kjisik H. 2007. Visio tulevaisuuden palvelujärjestelmästä – case Kymenlaakso. Teknillinen korkeakoulu, HEMA instituutti, julkaisu nro 11.

Hirvonen J, Manninen R & Hakaste H. 2005. Asuntosuunnittelun ja -rakentamisen tila asukas- ja ammattilaiskyselyn valossa. Suomen ympäristö 791. Ympäristöministeriö, Helsinki.

Laurinkari J, Poutanen V-M, Saarinen A & Laukkanen T. 2005. Senioritalo ikääntyneen asumisvaihtoehtona – Kysely- ja haastattelututkimus Joensuussa, Kuopiossa ja Tampereella vuonna 2005. Suomen ympäristö 815. Saatavana: <http://www.ymparisto.fi/palvelut/julkaisu>. [Luettu 20.5.2010]

Olsbo-Rusanen L & Väänänen-Sainio R 2003. Ikäihmisten asuminen ja palvelut paremmiksi. Selvitys ikääntyvien kotona asumisen kehittämiseen liittyvistä toimenpiteistä.

Pesola K. 2006. matkakertomus Invalidiliiton esteettömyysprojektin esteettömyystiedote 2/2006.

Pesola K. 2009. Esteettömyysopas, mitä, miksi, miten. Invalidiliiton julkaisu. Invalidiliitto, Helsinki.

Poutanen V-M. 2003. Millaisia koteja Kuopioon. ER 2003:1. Kuopion kaupungin painatuskeskus, Kuopio.

STM. 2008. Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen Kuntaliitto, julkaisu 3. Helsinki.

Strandell A. 2005. Asukasbarometri 2004. Asukaskysely suomalaisista asuinympäristöistä. Ympäristöministeriö, alueiden käyttö, Suomen ympäristö 343. Helsinki

Suomen ympäristö 646. Ympäristöministeriö. Asunto- ja rakennusosasto. Helsinki.

Välikangas K. 2009. Yhteisöllisyyttä, laatua ja vaihtoehtoja – Ikääntyneiden välimuotoisen asumisen ratkaisuja Ruotsissa, Norjassa, Tanskassa ja Hollannissa. Suomen ympäristö 13. Ympäristöministeriö, Helsinki.

Özer-Kemppainen Ö. 2005. Senioriasumisen nykytila, kehitystarpeet ja mahdollisuudet. Oulun yliopisto. Arkkitehtuurin osasto. Julkaisu A 32, Oulu.

Weltzien D. 2003. Neue Konzeptionen für das Wohnen im Alter. Handlungsspielräume und Wirkungsgefüge. Deutscher Universitäts-Verlag, Wiesbaden.

# Koetun asumisen mittarit

Essi Heimovaara-Kotonen

Lundin yliopiston toimintaterapian ja gerontologian tutkimusryhmä, yhteistyössä saksalaisen Heidelbergin yliopiston psykologian laitoksen kanssa on selvittänyt ikääntyneiden ihmisten asumista ja siihen yhteydessä olevia tekijöitä jo useiden vuosien ajan. Keskeinen teema on ollut asumisen ilmiön tutkiminen ja luotettavan kokonaisvaltaisen asumisen arvioinnin kehittäminen. Molemmat yliopistot toimivat myös Jyväskylän ammattikorkeakoulun (JAMK) partnerina Esteetön koti -hankkeissa vuosina 2008–2011.

Asumista voidaan lähestyä tieteellisesti monesta eri näkökulmasta. Tieteellisessä lähestymistavassa pyritään määrittämään asumiseen liittyviä käsitteitä ja siten luotettavasti operationaalistamaan asumisen ilmiöt ja käsitteet mittareiksi. Tavoitteena on myös tieteellisesti tutkittujen mittareiden soveltaminen käytännön toimijoiden käyttöön. Asumisen ilmiö voidaan jakaa objektiiviseen ja subjektiiviseen ulottuvuuteen ja samoin sitä mittaavat välineet voidaan jaotella objektiivisiin ja subjektiivisiin. Asumisen subjektiivinen eli koettu ulottuvuus tarkoittaa kansainvälisessä Enable Age -hankkeessa kehitettyä neljän osa-alueen mallia: Four Domain Model of Perceived Housing. Mittarit ovat alun perin itsenäisinä kehitettyjä menetelmiä, joilla arvioidaan iäkkäiden subjektiivisia kokemuksia asumisesta. Malli yhdistää neljä eri osa-aluetta: asumistyytyväisyys, kodin merkitys, kodin toimivuus sekä asumiseen liittyvät hallintauskomukset.

Koetun asumisen mittari on lähtöisin Saksasta, Heidelbergin yliopistosta sekä Ruotsista, Lundin yliopistosta. Mittarin eri osa-alueet ja kehittäjät ovat:

*Housing Satisfaction: "Asumistyytyväisyys"*, Oletko tyytyväinen asumisesi tasoon tällä hetkellä? (mm. Aragonés, Francescato & Gärling 2002; Hidalgo & Hernandez 2001; Pinquart & Burmedi 2004)

*Usability in My Home: "Kotini toimivuus"*, Kodissa tapahtuvat toiminnot ja tyytyväisyys niihin (Fänge 2002)

*Meaning of My Home: "Kotini merkitykset"*, Käyttäytymisen fyysiset, kognitiiviset, emotionaaliset sosiaaliset aspektit (Oswald, Mollenkopf & Wahl 1999)

*Housing Related Control Beliefs: "Hallinnan tunteet omassa kodissa"*, Asumiseen liittyvät hallintauskomukset (Oswald, Martin, Mollenkopf & Wahl 2003).

Koetun asumisen mallin kehittäjät uskovat, että kaikkia neljää arviointimenetelmää tulisi käyttää rinnakkain, jotta saadaan yksityiskohtainen kuva henkilön omaa asumista koskevista kokemuksista.

## **Housing Satisfaction, "Asumistyytyväisyys"**

Asumistyytyväisyys on perinteinen ja paljon käytetty menetelmä arvioitaessa koettua asumista. Se ei kuitenkaan yksinään riitä kuvaamaan asumiskokemuksen monimutkaisuutta ja moniselitteistä ilmiötä. Asumistyytyväisyys kuvaa asukkaan tyytyväisyyttä omaan asumiseen arviointihetkellä. Kysymys on avoin. Asukkaalta kysytään: "Kuinka tyytyväinen olet asumisesi tasoon tällä hetkellä?" Asumistyytyväisyys tarjoaa kuitenkin vain yleisen ja pääasiassa kognitiivisen arvion henkilön suhteesta omaan kotiympäristöönsä.



## Kotini toimivuus (Usability in My Home, UIMH)

Kotini toimivuus on itsearviointimenetelmä, joka kehitettiin arvioimaan sitä, miten kotona asuvat henkilöt, joilla on monenlaisia fyysisiä rajoitteita, kokevat fyysisen asumisympäristönsä sopivan omiin tarpeisiinsa. Menetelmän kehittäjien mukaan toimivuuskäsite sisältää kolme tekijää: henkilön, ympäristön ja toiminnan, jotka ovat vuorovaikutuksessa keskenään. Tämä vuorovaikutusprosessi joko tukee tai estää henkilön päivittäisiä askareita. Henkilö-tekijä sisältää toiminnalliset kyvyt, motivaation ja selviytymisstrategiat. Ympäristö-tekijä sisältää asumisen fyysiset vaatimukset ja toiminta-tekijä yhdistää henkilön toimintakyvyn ympäristön vaatimuksiin arkisissa askareissa. Kotini toimivuudella arvioidaan, onko kotiympäristöllä asukkaan toimintakykyä tukeva vai rajoittava vaikutus.

Kyselylomakkeen alussa kartoitetaan asukkaan taustatietoja esim. apuvälineistä, turvahälyttimestä, asumisen kestosta ja avun saannista. Lomakkeen ensimmäisessä osassa on yhdeksän kysymystä siitä, kuinka hyvin haastateltava kokee fyysisen asuinympäristönsä vastaavan hänen tarpeitaan ja toiveitaan tällä hetkellä (Fänge, 2008). Toisen osan seitsemän kysymystä liittyvät siihen, kuinka helppokäyttöiseksi haastateltava kokee oman asuinympäristönsä. Molemmissa osissa on seitsemänluokkainen asteikko, ääripäissään "ei lainkaan sopiva" ja "erittäin sopiva". Lisäksi toisessa osassa on seitsemän avointa kysymystä, joilla kartoitetaan mahdollisia ongelma-alueita tarkemmin.

Esimerkkejä kysymyksistä:

- Kuinka turvalliseksi koet asuinympäristösi?
- Onko asumisympäristösi suunniteltu sellaiseksi, että sinun on mahdollista harrastaa, viettää vapaa-aikaa ja rentoutua?
- Mitä ongelmia olet havainnut kotisi sisäänkäynnissä? (esim. painavat ovet, kapeat rappuset, liuskat, ahdas hissi, huono valaistus, jne.)

## Kodin merkitykset (Meaning of My Home, MOH)

Kodin merkityksellä menetelmän kehittäjät tarkoittavat suhdetta objektiivisen sosiaalisfyysisen ympäristön ja henkilön arvioiden, tavoitteiden, arvojen, tunteiden ja havaittavissa olevien tai mahdollisten toimintojen välillä.

Kodin merkitykset -kyselylomake koostuu 28 kysymyksestä/väittämästä, jotka liittyvät haastateltavan kokemuksiin omista fyysisistä (7), sosiaalisista (5), kognitiivisemotionaalisista (10) ja käyttäytymiseen (6) liittyvistä siteistään suhteessa omaan kotiinsa ja sen ympäristöön. Mittari voidaan antaa asukkaalle itse täytettäväksi tai se voidaan täyttää yhdessä haastatteleamalla. Haastattelua edeltää pakollinen ohjeistus sekä johdatus menetelmään. Jokainen väittämä alkaa fraasilla "Kotona oleminen merkitsee minulle..."

Esimerkkejä väittämistä: "Kotona oleminen merkitsee minulle..."

- asumista paikassa, joka on hyvin suunniteltu ja vastaa tarpeitani."
- asioiden hoitamista itsenäisesti ilman muiden apua."
- turvallisuuden tunnetta."

Vastauksissa käytetään asteikkoa nollasta kymmeneen, ääripäiden ollessa "täysin eri mieltä" ja "täysin samaa mieltä". Asteikko on asukkaan nähtävillä koko haastattelun ajan. Tutkittaessa kodin merkitystä on huomioitava, että aikaisemmat kokemukset kodista, erityisesti lapsuudenkodista, vaikuttavat henkilön arvioihin ja siihen, miltä kotona olon kuuluisi tuntua. Kodin merkityksen arvioinnin tulee kuitenkin perustua nykyiseen asumistilanteeseen. Kodin merkitys on jatkuvasti muutoksessa oleva asia, joka saa uusia ulottuvuuksia, kun koti, henkilö ja muut ihmiset ovat vuorovaikutuksessa keskenään. Ihmisen ikääntyessä kodista tulee yhä merkityksellisempi paikka, mille on

tutkimuksissa löydetty useita syitä. Esimerkiksi iäkkäille ihmisille on tyypillistä asua samassa paikassa pidempään kuin nuorempana, jolloin suhde kotiin muodostuu tiiviimmäksi. Lisäksi kodissa vietetään suurin osa ajasta, ja siellä tapahtuvat useimmat päivittäiset toiminnot. Koti saa usein myös uudenlaisen merkityksen henkilön vanhetessa, koska kotona on mahdollista kompensoida vähentynyttä toimintakykyä muuttamalla kotiympäristöä omiin tarpeisiin sopivaksi, esimerkiksi luomalla sen sisälle paikkoja, joihin on koottu itselle tärkeitä tavaroita ja joissa on helppo hallita ympäristöään.

### **Asumiseen liittyvät hallintauskomukset (Housing-related Control Beliefs, HCQ)**

Ympäristön hallinnan tunne liittyy yksilön sisäisiin käsityksiin ja uskomuksiin, miten hän voi kontrolloida omaa ympäristöään. Asumiseen liittyvät hallintauskomukset -menetelmällä selvitetään terveen ikääntymisen ja itsenäiseen asumiseen liittyvien asenteiden vuorovaikutusta. Henkilön ikääntyessä hänen elämänpiirinsä usein kapenee. Tästä johtuen asumiseen liittyvillä hallintauskomuksilla on vaikutusta iäkkäiden ihmisten hyvinvointiin. Asumiseen liittyvien hallintauskomusten käsitteen avulla voidaan etsiä selitystä sille, kokevatko henkilöt päivittäiset askareensa suhteessa omaan asumiseensa riippuviksi omasta toiminnastaan, vai koetaanko asuminen riippuvaiseksi ulkoisista tekijöistä, kuten muista ihmisistä tai sattumasta. Ensimmäinen kokemus kuvaa sisäistä hallintauskomusta ja jälkimmäinen ulkoista.

Lomakkeen 24 kysymyksellä arvioidaan asukkaan sisäisiä (8 kysymystä) ja ulkoisia (16 kysymystä) hallintauskomuksia. Mittari jakautuu siis sisäisen ja ulkoisen kontrollin arviointiin, esimerkiksi laitoksessa ei – tyytyväiset asukkaat vastaavat, että ulkoinen kontrolli vie vallan vaikka he itse haluaisivat pitää yllä korkeaa sisäistä kontrollin tunnetta. Tyytyväiset laitosasukkaat sen sijaan omaavat matalan sisäisen kontrollin ja ovat tyytyneet ulkoisen kontrollin yliotteeseen. Ulkoiset hallintauskomukset on jaettu vielä voimakkaat muut (8) ja sattuma (8) -uskomuksiin. Kaikkiaan ala-asteikkoja on siis kolme: sisäiset hallintauskomukset, voimakkaat muut ja sattuma. Vastausten arviointiasteikko on jaettu yhdestä viiteen, ääripäissä ”täysin samaa mieltä” ja ”täysin eri mieltä”. Vastausasteikko on näkyvillä koko haastattelun ajan. Esimerkki haastattelulomakkeen kysymyksistä:

- On itsestäni kiinni, käytätkö elämäni helpottavia palveluja, joita on asuinalueellani
- Kaikki tulee pysymään kotonani sellaisena kuin nyt, siihen en anna kenenkään sanoa mitään
- Se, millaiseksi kotini on muotoutunut, on tapahtunut sattumalta ajan myötä.

Hallintauskomusten on jo kauan sitten huomattu olevan tärkeä tekijä ihmisen psykologisessa hyvinvoinnissa, erityisesti sisäisen hallinnan tunteen on todettu olevan yhteydessä hyvinvointiin. Hallinnan tunne ei välttämättä vaikuta suoraan psykologiseen hyvinvointiin, vaan se voi vaikuttaa henkilön toimintaan omassa elämässään ja tätä kautta myös hyvinvointiin. Oswaldin ym. (2003) mukaan ikääntymiseen liittyvissä tutkimuksissa ja erityisesti ympäristögerontologian alalla on jo kauan yritetty löytää keinoja luoda ikääntyneille mahdollisimman toimivia asuinympäristöjä. Tähän mennessä ympäristöä on kuitenkin arvioitu pääasiassa objektiivisilla mittareilla, mutta asumiseen liittyvien hallintauskomusten kyselylomakkeen avulla saadaan monipuolista tietoa siitä, millainen ympäristö olisi kullekin henkilölle ihanteellisin, ottaen huomioon hänen omat kokemuksensa.

Koetun asumisen mittareiden käännoistyö alkuperäiskielestä suomenkielelle ja takaisin on suoritettu syksyn 2008 ja kevään 2009 aikana yhteistyössä Esteetön koti -hankkeiden toimijoiden, Jyväskylän yliopiston yliassistentti Timo Suutaman sekä menetelmän kehittäjien kanssa. Käännoistyön jälkeen mittareiden käytöstä on järjestetty menetelmän kehittäjien toimesta koulutus hankkeiden toimijoille toukokuussa 2008. Tämän jälkeen menetelmää on koekäytetty kesän 2009 aikana ja mittareiden sanamuotoja ja ilmaisia tarkastettu edelleen.

Koekäytön lisäksi menetelmää on käytetty JAMKin Kokonaisvaltaisen asumisen palvelu- ja tuotekonseptin kehittäminen, Sammonkoti-pilotti hankkeessa osalla Sammonkodin asukkaista ja jatkossa menetelmää tullaan käyttämään asumisen arvioinnissa osana ESKO, Esteetön koti ikääntyneiden ja erityisryhmien asumiseen -hanketta.

Tulevaisuudessa mittari voisi olla osa ikääntyneiden hyvinvointia edistäviä kotikäyntejä tai SAS – ryhmän toimintaa. Menetelmän heikkoutena on sen soveltumattomuus muistiongelmallisille sekä ”Kotini toimivuus” – mittarin soveltumattomuus esim. palveluasumisen piirissä oleville. Menetelmän sovellettavuuteen ja levitettävyyteen liittyy myös ajankäytöllinen haaste.

## **Kirjallisuus**

Fänge A. 2008. Usability in My Home. Manual. Lund University. Lund.

Fänge A & Oswald F. 2009. Opetusmoniste. Training workshop on perceived housing in later life. Koetun asumisen mittareiden koulutus Jyväskylässä 7.-8.5. 2009.

Iwarsson S & Slaug B. 2008. Housing Enabler: Arviointiväline asumisen esteettömyysongelmien arviointiin ja analysointiin. KFS i Lund AB. Lund.

Oswald F, Wahl H.-W, Martin M. & Mollenkopf H. 2003. Toward measuring proactivity in person-environment transactions in late adulthood: The Housing-Related Control Beliefs Questionnaire. *Journal of Housing for the Elderly*, 17,135-152.

Oswald F & Wahl H-W. 2005. Dimensions of the meaning of home. Teoksessa Home and identity in late life: International perspectives. Toim. Rowles G & Chaudhury H. Springer, New York. 21-45.

Oswald F, Schilling O, Wahl H-W, Fänge A, Sixsmith J. & Iwarsson S. 2006. Introducing a four-domain model of perceived housing in very old age. *Journal of Environmental Psychology* 26, 187-201.

Oswald F, Wahl H-W, Naumann D, Mollenkopf H. & Hieber A. 2006. The role of the home environment in middle and late adulthood. Teoksessa The many faces of health, competence and well-being in old age: Integrating epidemiological, psychological and social perspectives. Toim. Wahl H-W, Brenner H, Mollenkopf H, Rothenbacher D & Rott C. Springer, Heidelberg. 7-24.

Oswald F. MOH – Meaning of my home – Kotini merkitykset. Seminaaritiivistelmä. Perceived Housing -seminaari Jyväskylässä 28. – 29.8.2008.

# Kokonaisvaltaisen asumisen palvelu- ja tuotekonseptin kehittäminen, Sammonkoti -pilotti

Essi Heimovaara-Kotonen

Kokonaisvaltainen ja asukaslähtöinen asumisen kehittäminen edellyttää uudenlaista asukkaan, asunnon/kodin, elinympäristön, teknologian ja palvelujen arviointia, suunnittelua ja toteutusta integroidusti monialaisessa verkostossa. Sammonkoti -pilotin neljä vaihetta toteutettiin Jyväskylään Keljonkankaalle rakennetussa KOy Palvelutalo Sammonkodin kohteessa, jonka rakennuttaja/omistaja on Jyväskylän Vanhainkotiyhdistys ja joka valmistui kesäkuussa 2009. Hanke toteutettiin vuosina 2008–2009 Tekes -rahoituksella. Hanketta hallinnoi JAMK.

## Hankkeen tarkoitus ja vaiheet:

- (A) Housing Enabler -mittarin siirtäminen Suomeen (HE)
- (B) Koetun asumisen -mittarin siirtäminen Suomeen (KA)
- (C) Asukaslähtöisen asumisen arviointimittarin (HEKA) uuden tietoteknisen sovelluksen prototyypin luominen
- (D) Turvallisen asumisen uuden teknologiatuotteen liittäminen osaksi esteetöntä ja turvallista asumista

Hankkeessa kehitettiin laadukkaita ja oikea-aikaisia asumista tukevia teknologia- ja palvelutuotteita erilaisten asukkaiden asumistarpeisiin monialaisesti ensimmäistä kertaa Suomessa. Syntyvät tuote- ja palveluaihiot edistävät mukana olevien monialaisten yritysten tuotekehitystä ja liiketoimintaa paikallisesti, kansallisesti ja kansainvälisesti.

Maantieteellisesti ja sisällöllisesti polarisoituva, entistä heterogeenisempi asuminen sekä erityisesti ikääntyvien kansalaisten itsenäinen ja tuettu asuminen ovat yksi lähitulevaisuuden suuri sekä kansantaloudellisia että inhimillisiä ratkaisuja vaativa haaste. Perinteisesti uudis- ja korjausrakentaminen, hyvinvointialan palvelut, hyvinvointi- ja ICT-teknologia sekä julkinen ja yksityinen sektori ovat toimineet irrallisina kehittäessään senioreiden / ikääntyvien rakentamis-, asumis- ja palveluratkaisuja.

Suomessa ei ole tarjolla menetelmää, jolla voidaan luotettavasti mallintaa seniori/ikäntyvän/erityistarpeita omaavan asukkaan itsenäistä ja turvallista asumista kodissaan asumisketjun eri vaiheissa tai toisaalta ennakoida tulevaisuuden yksilöllistyvän asumisen tavoitteita, tarpeita ja niihin liittyviä palveluja. Tähän erilaisten kansalaisten itsenäisen / tuetun asumisen ja palvelujen tarpeisiin hanke tarjoaa uusia asukaslähtöisiä arviointi- ja seuranta-menetelmiä yhteistyössä kansallisten ja kansainvälisten kumppaneiden kanssa. Toiminnan mallintamisessa on vahvasti mukana asumisen ja rakentamisen osaamista lisäävää tuotekehitystä, palveluja, tietojärjestelmien kehittämistä, yritystoiminnan lisäämistä ja asumiseen liittyvien päätöksentekoprosessien tukemista.

Housing Enabler (HE) on fyysisen ympäristön esteettömyyden arviointiin kehitetty menetelmä, jota USA:ssa on kehittänyt arkkitehtuurin professori Steinfeld ja monitieteisesti jatkokehittänyt gerontologian professori Iwarsson kollegoineen Ruotsissa Lundin yliopistossa ([www.enabler.nu](http://www.enabler.nu)). Tieteellisesti tutkitun menetelmän avulla arvioidaan objektiivisesti asuinympäristössä havaittuja ongelmia ikääntyvän asukkaan toimintakyvyn kannalta. Tavoitteena on, että fyysinen ympäristö tukee ikääntyvän asukkaan itsenäistä selviytymistä hänen asuinympäristössään. Menetelmään liittyy software-aineisto.

Saksassa professori Oswaldin kehittämä Four-Domain-Model of Perceived Housing / Koettu asuminen (KA) on holistinen tapa tarkastella asumista ikääntyneenä eri perspektiiveistä ja niitä yhdistäen. Koetun asumisen arviointiin kuuluu Housing Satisfaction: oletko tyytyväinen nykyiseen asumisesi tasoon? Usability in My Home: kodissa tapahtuvat toiminnot ja tyytyväisyys niihin, Meaning of My Home: käyttäytymisen, fyysiset, kognitiiviset, emotionaaliset ja sosiaaliset aspektit sekä Housing Related Control Beliefs: hallinnan tunteet omassa kodissa.

Hankkeesta saatavan monialaisen tiedon ja kerättävien käyttökokemusten perusteella voidaan käynnistää uudenlaisten, eri toimijoiden rajapintoihin syntyvien palvelu- ja tuoteratkaisujen kehittäminen eri asiakasryhmille sekä uudenlaisten markkinoiden analysoiminen ja avaaminen. Samalla edistetään hankkeen kehityskumppaneiden (rakennuttaja, rakentaja, ICT- ja hyvinvointipalvelu- ja hyvinvointiteknologiayritykset, asumis- ja hoivapalveluja tuottava yritys, kunta julkisena sektorina) välistä yhteistyötä esteettömässä senioriasumisessa ja ikääntyneiden tuetussa asumisessa.

Uudenlaisten asukaslähtöisten asumisen arviointimittareiden ajankohtainen tarve on nousnut vahvasti esille Lundin yliopiston Housing Enabler -mittarin tutkimus- ja kehittämistyössä sekä EU-rahoitteisen Enabler Age -tutkimushankkeen aikana (kts.[www.enabler.nu](http://www.enabler.nu)). Myös Suomessa sekä sosiaali- ja terveystalouselämyssektorin että asumisen ja rakentamisen kentän eri toimijoiden tapaamisissa vastaavat uudenlaiset tarpeet ja haasteet ovat nousseet esille.

# ESKO, Esteetön koti seniori- ja erityisryhmien asumiseen -hanke

Anja Tantt

Suomen ikääntyvä väestö asuu vanhenevassa rakennuskannassa. Kansallisesti tarvitaan innovatiivisia asukaslähtöisiä asumisen arviointimittareita, joilla voidaan luotettavasti mallintaa eri asukasryhmien itsenäistä ja turvallista asumista kodissaan sekä ennakoita tulevaisuuden asumisen tarpeita. Lisäksi tarvitaan nykyisen olemassa olevan asuntokannan esteettömyyden, turvallisuuden ja toimivuuden arviointia, jotta korjausrakentamista voidaan toteuttaa laadukkaasti. ESKO, Esteetön koti seniori- ja erityisryhmien asumisessa -hanke tarjoaa näihin haasteisiin uusia välineitä yhteistyössä kansainvälisten kehittämiskumppaneiden kanssa. Hanke toteutetaan vuosina 2008–2011 EAKT-rahoituksella. Hanketta hallinnoi JAMK.

Hankkeen kehitystavoitteena on seniori- ja erityisryhmien asumiseen, itsenäiseen suoriutumiseen ja palveluihin liittyvien tekijöiden edistäminen.

## **Hankkeen tavoitteet:**

- soveltaa asukaslähtöiset (HE ja KA) asumisen arviointimittarit monialaiseen käyttöön ensimmäisen kerran Suomessa
- tehdä seniori- ja erityisryhmien asumisen ja palvelujen nykytilan kartoitus ja seuranta uudis- ja korjausrakentamisen eri vaiheissa uudella asukaslähtöisellä arviointimittarilla
- toteuttaa oikea-aikaisten asumis- ja hyvinvointipalveluiden ennakointi kartoittamalla eri asukasryhmien tarpeet uudella asukaslähtöisillä arviointimittareilla
- kehittää monialaisesti seniori- ja erityisryhmien asumista ja palveluja sekä edistää hyvinvointi-, rakennus- ja ICT-alan tuotekehitystä ja palveluliiketoimintaa.

## **Hankkeen toimenpiteet:**

- fyysisen ympäristön esteettömyyden, Housing Enabler -mittarin (HE) ja Koetun asumisen -mittarin (KA) soveltaminen hankkeen pilottikohteissa Jyvässeudulla ja Saarijärven-Viitasaaren seudulla
- asukaslähtöisten asumisen arviointimittareiden (HEKA) kehittäminen ja hyödyntäminen hankkeen pilottikohteiden avulla eri toimijoiden käyttöön osaksi asumis- ja palveluketjujen eri vaiheita
- asukaslähtöisen asumisen arviointimittarin (HEKA) testaaminen ja tuotteistaminen yritystoiminnan tukemiseksi
- kehittyneiden, HEKA-mittarilla täydennettyjen, ennaltaehkäisevien kotikäyntien toteuttaminen eri vanhusryhmille ja sitä kautta kotona asumisen tukeminen mahdollisimman pitkään
- senioriasumisen nykytilanteen ja olemassa olevien tarpeiden kuvaus, toteutus-suunnitelman laadinta ja toteuttamisen
- rakennus-, alue- ja kuntakohtaiset esteettömien asuntojen tietokantojen luominen.

Hankkeen tavoitteena on saada kokonaisvaltaiset, asukaslähtöiset asumisen arviointimittarit käyttöön julkiselle ja yksityiselle sektorille, käynnistää kuntakohtaisten asuntotietokantojen luominen, kehittää hyvinvointia edistäviä ikääntyneiden kotikäyntejä sekä edistää yritysten uutta tuote- ja palveluliiketoimintaa ja asumispalveluiden ennakointia.

Hankkeen tuloksena asumispalvelujen seuranta- ja kustannuslaskentamenetelmät, yritysten tuotteet ja liiketoiminta kehittyvät. Sen lisäksi senioriasumisen arviointiosaaminen ja palvelutuotteet kehittyvät ja laajenevat. Lisäksi syntyy kustannus- ja vaikuttavuustietoa eri toimenpiteistä.



# Tulevaisuuden asuminen ja palvelut

Heini Lehtoranta

Ikäihmisten asumisen muodot vaihtelevat itsenäisestä asumisesta erilaisiin palvelu- ja vanhainkotiasumisen muotoihin. Kotona asuminen on monen ikäihmisen mielestä paras asumisen muoto ja kotona asumista korostetaan myös valtakunnallisissa ikäihmisten laatusuosituksissa. Palvelujen läheisyys ja asioimisen helppous ovat tärkeitä asukkaille. Senioriasumista selvittävässä tutkimuksessa (Laurinkari ym. 1995) kysyttiin ikäihmisten asumistavoista. Vastaajien keskeisimmät toiveet olivat seuraavanlaisia:

- ”palvelut lähellä, lähinnä elintarvikekauppa, apteekki, kirjasto
- mahdollisuus, että kotiin tuotettavia palveluja on tarvittaessa saatavilla
- esteetön asuinympäristö, asuinrakennus ja asunto, etenkin hissi
- asuinympäristön ja -rakennuksen turvallisuus ja rauhallisuus
- mahdollisuus ulkoiluun ja liikuntaan
- samanikäisten seura, tilat sosiaaliseen kanssakäymiseen ja yhteiseen tekemiseen.”

Oman asunnon puutteet, palvelujen läheisyys, oman ikäisten seurantarve ja yksinäisyyden ja turvattomuuden tunteet olivat syitä, joiden vuoksi senioriasuntoihin haluttiin muuttaa. (Laurinkari ym.1995). Monet rakennusyhtiöt ovat rakentaneet senioriasuntoja, joissa osassa palvelut sisältyvät vuokraan, osassa taas palvelut maksetaan erikseen. Rakennusyhtiöt ovat myös suoraan kyselleet ikäihmisten toiveita. Esimerkkinä YH-asuntojen Sata senioria-hanke <http://www.yhkodit.fi>. Joissakin kohteissa teknologiaa on käytetty avuksi ja asuntoihin on asennettu mm. induktiohanoja, tunnistevalaistusta, turvaliesiä, turvpuhelimia ym. Teknologiaa voidaan hyödyntää asumisessa, mutta sen käyttö ei ole kaikille helppoa. Usein vanhemmat ihmiset tarvitsevat teknologian käyttöön opastusta.

Tulevaisuudessa asuminen ja palvelut linkittyvät entistä enemmän toisiinsa. Ikäihmisten asuminen ja palvelut suunnitellaan keskustoihin, joissa palvelut ovat lähellä. Asuminen sijoitetaan myös liikenteellisesti keskeisille paikoille. Uusia ratkaisuja on toteutettu myös kauppakeskuksissa. Keskuksiin on keskitetty palveluja ja asuntoja. Ikäihmisille tarkoitettuja asuntoja on esimerkiksi kauppakeskus Iso Omenassa. Asuntojen esteettömyyttä ja muunneltavuutta korostetaan. Tehostettu palveluasuminen ja palveluasuminen voidaan toteuttaa niin, että asukkaan ei tarvitse muuttaa kunnon huonontuessa, vaan palvelut tuodaan asukkaan luokse.

Suomessa noin 40 % kotitalouksista on yhden hengen talouksia. Yksin asuvien suurin kasvava joukko on edelleen keski-ikäiset ja yli 75-vuotiaat. Pääkaupunkiseudulla seniorit ovat myös itse rakennuttaneet itselleen kerrostalon, jossa korostetaan yhteisöllistä asumista. Yhteisöllinen asuminen Aktiiviset Seniorit ry:n Loppukiri-talon mallin mukainen asuminen voisi olla yksi tulevaisuuden asumismuoto. Jokaisella asukkaalla on oma asunto, talossa on runsaasti yhteistiloja, kotityöt tehdään yhdessä ja muutenkin asukkailla on mahdollisuus viettää aikaa yhdessä.

## Termejä

- *Itsenäinen asuminen* asukas asuu itsenäisesti joko omistus- tai vuokra-asunnossa
- *Palveluasuminen* on asumismuoto, johon kuuluu palveluntuottajan järjestämän vakituisen asunnon lisäksi jokapäiväiseen selviytymiseen liittyviä sosiaalipalveluja. Asumispalvelun asiakas voi asua joko omistus- tai vuokra-asunnossa.
- *Tehostettu palveluasuminen* on palveluasumista, johon liittyviä palveluja on saatavissa kaikkina vuorokauden aikoina, ts. henkilökuntaa on paikalla ympäri vuorokauden.

- *Senioritalo* poikkeaa aiemmin vanhuksille tarkoitetuista vuokrataloista esteettömyyden osalta. Senioritalonimikkeellä markkinoidaan erilaisia kohteita; useimmiten palvelujen ja virkistysmahdollisuuksien lähelle rakennettuja, melko esteettämiä rakennuksia, joissa asuntojen hallinta perustuu joko osakkeenomistukseen, asumisoikeuteen tai vuokrasopimukseen

## **Kirjallisuus**

Andersson S. 2007. Palveluasuntoja ikäihmisille. Palveluasumisen nykytilanne ja tuleva tarve. Stakesin raportteja 14.

Laurinkari J, Poutanen V-M, Saarinen A & Laukkanen T. 2005. Senioritalo ikääntyneen asumisvaihtoehtona. Kysely- ja haastattelututkimus Joensuussa, Kuopiossa ja Tampereella vuonna 2005. Suomen ympäristö, 815.

Lehtoranta H & Kauppinen T. 2008. Hyvinvointitoimialan katsaus, Stakes, kehittämisselvityksiä 46.

## Sataesteetön-hanke

Mari Törne

Sirpa Jaakkola-Hesso

Satakunnan ammattikorkeakoulussa alkanut Sataesteetön-hanke on korkeakoulun innovaatioedellytysten kehittämishanke, jossa parannetaan yritysten ja oppilaitosten sekä tutkimuslaitosten yhteistyötä. Hankkeessa Satakunnan ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveysalan sekä tekniikan ja liiketoiminnan alan osaajat ja opiskelijat kehittävät yritysverkoston kanssa uusia käyttäjälähtöisiä tuotteita ja toimintoja esteettömän elämän näkökulmasta. Hanke toteutetaan vuosina 2009–2011 EAKR-rahoituksella. Hanketta hallinnoi SAMK.

Satakunnassa puuttuu Esteetön koti – Living Lab (LL) -ympäristö, jossa uusia innovaatioita voidaan synnyttää yhdistämällä eri toimijoiden osaamista ja hyödyntämällä yli toimialojen ulottuvia yritysverkostoja. Hankkeessa on tavoitteena luoda tällainen esteetön koti, joka toimii innovatiivisena ympäristönä alueen korkeakouluille, tutkimuslaitoksille, yrityksille ja yhteisöille. Esteettömässä kodissa simuloidaan toimintakykyrajoitteita kehittämällä rajoitteita henkilöille, jotka osallistuvat esteettömyyden tutkimukseen. Simuloimme muun muassa näkökyvyn muutoksia, tasapainohäiriöitä, liikkuvuuden rajoittumista, ylipainon vaikutusta toimintakykyyn. Tutkimusta toteutetaan ensin simulaatioiden avulla ja tuloksien perusteella jatketaan soveltavaa tutkimusta toimintarajoitteisten henkilöiden toimintakykyä tukevien ratkaisujen selvittämisessä.

Esteetön koti -ympäristössä testikäyttäjät voivat itsenäisesti tai avustajan kanssa testata esteettömyyttä edistäviä innovaatioita. Avoin innovaatioympäristö luo yhteistyöyrityksille mahdollisuuden esitellä ja kehittää tuotteitaan ja sitä hyödynnetään myös oppimisympäristönä. Hankkeessa edistetään yrittäjyyttä uusien innovaatioiden kaupallistamisen tuke- misessa ja tuetaan yritysten innovaatiotoiminnan kehittymistä. Hankkeessa esteettömyyttä tukevaa teknologiaa hyödynnetään mukana olevissa yrityksissä ja laajemmin kansallisesti sekä kansainvälisesti. Hanke linkittyy tiiviisti Satakunnassa tehtävään esteettömyystoimintaan ja sitä tukevaan rakentamiseen Porissa ja Raumalla.

Tehtyjen kartoitusten perusteella Satakunnassa tarvitaan myös esteettömän luontoliikunta- ja virkistyspalveluiden kehittämistä käyttäjälähtöiseksi. Hankkeen toisena tavoitteena on kehittää esteettömiä luontoliikunta- ja virkistyspalveluja Satakunnassa. Hankkeessa selvitetään palvelutuottajien tietoisuutta esteettömyydestä, kehitetään esteettömyysosaamista sekä luodaan esteettömiä käyttäjälähtöisiä luontoliikunta- ja virkistyspalveluja, pilottina Yyterin alue. Hankkeessa tuotetaan myös palveluesite kuvaamaan Yyterin alueen esteettömät luontoliikunta- ja virkistyspalvelut sekä tarjolla olevat varusteet ja apuvälineet. Lisäksi hankkeen puitteissa tarjotaan Satakunnassa palveluiden tuottajille asiantuntija-apua esteettömyyskartoituksissa.

# Omaishoidon muuttuva rooli palvelujärjestelmässä

Pia Järnstedt

### Johdanto

Omaishoitolaki 2006 määritteli ensimmäisen kerran omaishoidon ja omaishoitajan. Omaishoito on vanhuksen, vammaisen tai sairaan henkilön hoidon ja huolenpidon järjestämistä kotiloissa omaisen tai muun hoidettavalle läheisen henkilön avulla. Omaishoitaja on hoidettavan omainen tai muu hänelle läheinen henkilö, joka on tehnyt omaishoitotosopimuksen.

Omaishoitajia on paljon tuen ulkopuolella. Siksi järjestöt käyttävät omaishoitajasta lakia laajempaa määritelmää: Omaishoitaja on henkilö, joka pitää huolta perheenjäsenestään tai muusta läheisestään, joka sairaudesta, vammaisuudesta tai muusta erityisestä hoivan tarpeesta johtuen ei selviydy arjestaan omatoimisesti.

Omaistaan auttaa yli miljoona suomalaista, joista pääasiallisia auttajia on noin 280 000. Ras-kaita omaishoitotilanteita, joissa hoidettava olisi laitoshoidossa ilman omaishoitoa, on noin 60 000. Päivittäin henkilökohtaisissa toimissa läheistään auttaa noin 60 000 ja sairaanhoi-dollisissa toimenpiteissä noin 30 000 omaishoitajaa. Työelämässä on tällä hetkellä noin 250 000 omaistaan samanaikaisesti hoitavaa henkilöä.

Omaishoidon tukea saavista omaishoitajista lähes 60 % on eläkkeellä ja noin 25 % työs-sä. Loput ovat joko työttöminä tai erilaisilla työvapailta. Puolet hoitajista on puolisoitajia. Lapsia ja vanhempia on omaishoitajina molempia noin viidennes. Lisäksi muita läheisiä tai omaisia toimii hoitajina.

Omaishoidon tuella hoidettavista kaksi kolmasosaa on yli 65-vuotiaita. Työikäisiä on vajaa neljännes. Useampi kuin joka kymmenes on alle 18-vuotias. Hoidettavien enemmistö (70 %) tarvitsee runsaasti tai melko paljon apua ja avun tarve on jatkuvaa tai ympärivuoro-kautista. Omaishoito koskettaa erilaisia, eri elämänvaiheissa olevia perheitä. Siihen liittyy elämänmuutos, joka vaikuttaa koko perheeseen.

### Hoito- ja palvelusuunnitelma

Omaishoitolain mukaan tulee laatia omaishoidon sopimus ja hoitajan ja hoidettavan kans-sa erillinen hoito- ja palvelusuunnitelma.

Omaishoitotosopimuksen tulee sisältää:

- hoitopalkkion määrä ja maksutapa
- oikeus vapaapäiviin
- vapaan järjestämistavat
- määräaikaisen sopimuksen kesto
- hoitopalkkion maksaminen hoidon keskeytyessä hoitajasta johtuvasta syystä tai hoidettavasta johtuvasta muusta kuin terveydellisestä syystä.

Suunnitelmassa tulee ilmetä:

- omaishoitajan antaman hoidon määrä ja sisältö
- hoidettavalle annettavien sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen määrä ja sisältö

- omaishoitajan hoitotehtävää tukevien sosiaalihuollon palvelujen määrä ja sisältö
- miten hoidettavan hoito järjestetään hoitajan vapaan, terveydenhoitoon liittyvien käyntien tai muun poissaolon aikana.

Suunnitelman sisällön tulee johtaa yksilöllisiä tarpeita vastaaviin palveluihin. Vastuu suunnitelman tekemisestä on omaishoidettavan kotikunnalla. Suunnitelman alullepanijana voi olla myös omaishoitaja itse, hänen hoidettavansa tai hoidettavan kuntoutuksesta vastaava taho.

## **Omaishoidon tuki**

Omaishoidon tukeen kuuluu omaishoitajalle maksettava hoitopalkkio, jonka alin palkkioluokka on 347,41 €/kk. Raskaan siirtymävaiheen minimipalkkio puolestaan on 694,83 €/kk. Kunnilla on erilaisia palkkioluokkia näiden lisäksi. Omaishoidon tukeen kuuluvat myös palvelut hoidettavalle, omaishoitajan vapaapäivät (3vrk/kk), omaishoitoa tukevat palvelut ja tapaturmavakuutus.

Omaishoidon tukea haetaan hoidettavan kotikunnalta. Hakemus on hallintolain mukaan käsiteltävä ilman aiheetonta viivytystä. Hoidettavalle toimitetaan päätös, josta ilmenee hoitopalkkio ja myönnetyt palvelut. Omaishoitajalle toimitettavasta päätöksestä ilmenevät hoitajalle annettavat omaishoitoa tukevat sosiaalipalvelut. Osittain tai kokonaan kielteinen päätös on perusteltava. Päätökseen asiakas voi hakea muutosta.

Kunnan on osoitettava voimavaroja valtionosuuden perusteena olevaan toimintaan ja arvioitava omaishoidon tuen tarve kunnassa. Kunta päättää talousarviossa ja -suunnitelmassa, kuinka paljon se osoittaa varoja omaishoidon tukeen (määrärahasidonnainen palvelu). Kunta päättää omaishoidon tuen myöntämisperusteet säännösten sallimissa rajoissa. Tavoitteena on, että myöntämisperusteet ja määrärahat ovat tasapainossa keskenään.

Lakisääteisen omaishoidon tuen saajien määrä on kasvanut hitaasti ja tasaisesti. Tuen piirissä on vuosittain n. 34 000 omaishoitajaa. Suomessa on keskimäärin 6,6 omaishoidon tuen saajaa /1000 as. (v. 2008). Keskimääräinen omaishoidon hoitopalkkio on noin 420 €/kk. Oikeus kolmeen vapaapäivään ei toteudu lain mukaisesti. Tuen piirissä olevista vain 76 %:lla on oikeus vapaaseen. Heistäkin vain runsas puolet pitää lakisääteiset vapaansa. Suurin syy vapaiden pitämättömyyteen on sopivien tilapäishoidon vaihtoehtojen vähyys ja puute. Omaishoidon toteutuminen edellyttää, että hoidettava saa riittävän tuen ja palvelut sekä hoitotarvikkeet, apuvälineet ja asunnonmuutostyöt. Sen lisäksi omaishoitajalle tarvitaan riittävä taloudellinen tuki ja palvelut sekä henkistä tukea ja välillä vapautusta hoitotyöstä.

Omaishoitaja tarvitsee palveluja, lakikin edellyttää sitä. Omaishoitoa tukevat palvelut kirjataan hoidettavan hoito- ja palvelusuunnitelmaan. Omaishoitotilanne on arvioitava vähintään kerran vuodessa, tarvittaessa useammin. Omaishoitajan tukimuotoja ovat ohjaus ja neuvonta sekä muut sosiaalihuollon palvelut. Muita tukimuotoja ovat vertaistuki sekä harrastus- ja virkistystoiminta. Jos tuen tarve on vähäistä, on vähintään nimettävä yhdyshenkilö omaishoitajalle.

## **Omaishoidon kehittämishaasteita**

Omaishoitajan epävakaa asema on suoraa seurausta omaishoidon epäselvästä roolista. Omaishoitoa ei ole nivottu suunnitelmallisesti sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmään osaksi asiakaslähtöistä palveluketjua. Omaishoito ei ole näin todellinen mahdollisuus ja varteenotettava vaihtoehto. Tuen epävarmuuden lisäksi omaishoitajan osalle jää liian paljon huolehdittavaa ja vastattavaa mm. oman vapaan järjestäminen, omasta jaksamisesta huolehtiminen ja tarvittavien palvelujen hankkiminen, työterveyshuolto jne. Omaishoitoa tukevat palvelut jäävät erittäin usein saamatta.

Omaishoito on kunnille edullista. Omaishoidossa hoidettava tuo kunnalle säästöä 30 000 – 50 000 €/vuosi. Omaishoitajat säästävät kuntien menoja 1,2 miljardia €/vuosi. Keski-suurten kaupunkien sosiaali- ja terveysmenoista vain noin 0,6 % kohdistuu omaishoittoon.

Omaishoitajat täyttävät sopimuksen ehdot, mutta kunnat eivät läheskään aina (ks. esim. Rajamäki 2009). Määräaikaisten sopimusten piti muuttua pääsääntöisesti toistaiseksi voi-massa oleviksi (oh laki 2006), mutta edelleen on kuntia, joissa määrärahat eivät riitä koko vuodeksi. Omaishoidon tuen arviointikäytännöt ovat kirjavia ja aiheuttavat epätasa-arvoa tuen saajien kesken. Hoito- ja palvelusuunnitelmat on usein tehty ylimalkaisesti. Vapaa-päivät eivät toteudu ja palveluseteli on haasteellinen ratkaisu. Se vaatisi paljon ohjausta, neuvontaa ja tukea etenkin käytön aloitusvaiheessa.

### **Miten omaishoito saataisiin todelliseksi vaihtoehdoksi? Omaishoitajat ja Läheiset -Liitto on esittänyt seuraavaa:**

- omaishoidon tukipalkkion myöntäminen Kelalle lisäisi yhdenvertaisuutta
- tarvitaan valtakunnallinen omaishoidon arviointikriteeristö (hoidon sitovuus ja vaativuus)
- omaishoidon hoitopalkkio ja Kelan vammaisetuudet pidettävä erillisinä
- omaishoidon tuki etuoikeutetuksi tuloksi
- omaishoidon tuki osittain verovapaaksi, enintään 10 %
- vapaapäivät
- tilapäishoitopaikkojen määrä ja tarkoituksenmukaisuus
- palvelusetelin arvo
- omaishoitajan työttömyysturva: kun omaishoitaja on työmarkkinoiden käytettävissä, hoito järjestyy muiden palveluiden turvin työpäivän aikana.

### **Esimerkkejä omaishoidon hyvistä käytännöistä**

#### *Hyvä käytäntö 1: Omaishoitoasiaa kirjastoautossa*

- kirjastot tietopalvelukeskuksia, rooli palveleva
- uusi tapa jakaa omaishoitotietoutta syrjäseuduille
- autossa mukana omaishoidon asiantuntija
- palvelee niitä omaishoitajia, joilla ei ole mahdollisuutta osallistua vertaistukiryhmiin tai tapahtumiin
- palvelusta tiedotetaan etukäteen, että omaishoitajat osaavat tulla.

#### *Hyvä käytäntö 2: Omaishoito-kirjanäyttely*

- omaishoito esillä kirjastossa – kirjanäyttely omaishoitoviikolla 14 eri kirjastossa Etelä-Pohjanmaalla
- kirjastot laittavat esille omaishoittoon ja omaishoitajan jaksamiseen liittyvää kirjalli-suutta sekä muuta omaishoidon materiaalia paikallisyhdistyksen kanssa
- etsivää työtä – uusien omaishoitajien tavoittaminen varhaisessa vaiheessa
- käytäntöä jatketaan seuraavina vuosina.

#### *Hyvä käytäntö 3: Omaishoidon varhainen tunnistaminen*

- Lakeuden Omaishoitajat ry:n projekti, jossa omaishoitajat pyritään saamaan tuen piiriin mahdollisimman varhain.
- terveyskeskusten ja sairaaloiden sosiaalihoitajat, kuntoutusohjaajat ja hoitohenki-löstö tapaavat omaisia varhaisessa vaiheessa
- yhdistys on tehnyt omaishoitajille ja ammattilaisille tarkoitetun tietopaketin
- opasta jaetaan sairaalan ja terveyskeskuksen kautta.

### **Kirjallisuus**

Rajamäki K. 2009. Omaishoidon tuen siirtäminen kansaneläkelaitokselle. Kirjallinen kysymys eduskunnalle. 1022/2009.



# Omaishoitajien tuen kehittämiskohteet–tutkimuksen näkökulma

Hanna Hyttinen

## Johdanto

Omaishoitajuutta koskevaa tutkimusta on julkaistu paljon. Omaishoitajien tukimuodoista on julkaistu kuvailevia sekä satunnaistettuihin koeasetelmiin perustuvia tutkimuksia. Tässä yhteenvedossa on tukeuduttu Vanhustyön keskusliiton raporttiin (2006), johon on koottu yhteenvedo vuosina 1987–2006 julkaistusta satunnaistettuun koeasetelmaan perustuvista tutkimuksista. Sitä uudemmat (2007–2010) tutkimukset on haettu Ebscon ja Cohanen tietokannoista hakusanoilla ”family caregiver” and ”support”. Lisäksi on huomioitu julkaisu Hoitotieteellinen tutkimus 1979–2000, Hoitotiede-lehti 1996–2010, Tutkiva hoitotyö -lehti 2000–2010. Tarkastelukulma on rajattu ikääntyneiden hoidettavien omaishoitajiin.

Tutkimusten tarkastelu osoitti, että tutkijat ovat olleet kiinnostuneita omaishoitajan hoitotakasta (burden) ja jaksamisesta sekä tukimuotojen vaikuttavuudesta. Usein tutkimus on rajattu syöpäpotilaiden, dementiaipotilaiden tai halvauspotilaiden omaishoitajiin. Sekä kotona että laitoksessa olevien hoidettavien omaishoitajat ovat olleet tutkimuksen kohteina. Usein ainakin vanhemmissa tutkimuksissa on jätetty tarkkaan määrittelemättä, minkä ikäisistä hoidettavista on ollut kyse. Suomalaisissa vanhemmissa tutkimuksissa, jotka ovat yleensä olleet opinnäytetöitä, tutkijat ovat olleet kiinnostuneita siitä, mitä omaishoitajat odottavat hoitotyön tekijöiltä. (Haapaniemi ym. 2003). Viime vuosina on julkaistu lukuisia kokeellisia omaishoitajien tukea koskevia tutkimuksia, joissa interventiona on käytetty erilaisia psykososiaalisia yksilö- ja ryhmätukimuotoja, joko yhtä tai useampaa tukimuotoa yhtäaikaa.

## Omaishoito Suomessa

Voutilaisen, Kattaisen ja Heinolan (2007) toteuttamassa omaishoitajia koskevassa selvityksessä vastaajina oli 415 kuntaa. Sen mukaan hoidettavien pääasiallinen hoidon ja huolenpidon tarve oli pitkäaikainen fyysinen sairaus tai vamma ja neljäsosalla vanhuuteen liittyvä toimintakyvyn heikkeneminen. Dementia oli hoidon tarpeen aiheuttajana noin viidesosalla. Kaikilla hoidon tarve oli suurta.

Kolme neljäsosaa omaishoitajista oli naisia, noin puolet heistä puolisoita. Yli puolet omaishoitajista oli työkäisiä, mutta vanhempien omaishoitajien osuuden todettiin jatkuvasti lisääntyvän. Yleisimmin hoidettaville tarjottuja palveluita olivat apuvälinepalvelut, kotisairaanhoido ja kotipalvelu ja tukipalveluista kuljetuspalvelu. Yleisimpiä omaishoitajille järjestettäviä palveluja olivat vapaapäivät, palveluohjaus, koulutus, neuvonta, sosiaalityön palvelut sekä vertaisryhmätoiminta.

Omaishoitajan vapaapäivinä hoidettavat olivat vanhainkodissa, terveyskeskuksessa, erityishuollon laitoksessa tai kuntoutuslaitoksessa. Noin viidesosalla hoito järjestettiin sukulaisten, naapurien tai vapaaehtoisten voimin. Vähän käytettyjä muotoja olivat lomituspalvelut kotona, perhelomat tai kotipalvelun avulla järjestetty sijaishoito.

Omaishoidon tuen keskeisiksi kehittämishaasteiksi tutkijat nimesivät:

### *Omaishoitajien ja hoidettavien elämänlaadun edistäminen*

- kehittämällä monipuolisia palveluja kuten virkistys- ja kuntoutuspalveluja, omaishoitajan fyysisen, emotionaalisen ja sosiaalisen toimintakyvyn ylläpitämiseksi ja edistämiseksi laajassa yhteistyössä eri toimijoiden, kuten kuntien, järjestöjen, seurakuntien jne. kanssa

- kehittämällä tarkoituksenmukaisia vaihtoehtoja sijaishoidon järjestämiseksi hoidettavan kotona omaishoitajan lakisääteisen vapaan ajaksi

*Kattava toimintakyvyn ja voimavarojen arviointi niin hoidettavan kuin hoitajankin osalta Omaishoidon kehittäminen palvelurakenteen kiinteänä osana pitkäjänteisesti.*  
(Voutilainen ym. 2007.)

## Omaishoitajuutta koskevia tutkimuksia

### Omaishoitajan rooli

Omaishoitajien on todettu pyrkivän tukemaan hoidettavan paranemista. He muokkaavat perhe-elämää, ylläpitävät perheen rutiineja, luovat turvallisuutta tukevia verkostoja ja lisäävät hoidettavan itseluottamusta. (Burman 2001.) Omaishoitaja käy läpi samaa luopumisen ja sopeutumisen prosessia kuin hoidettavakin (Monin ym. 2009.) Omaishoitajien kuvaukset roolistaan ja siihen liittyvistä muutoksista ovat luokiteltavissa kahteen pääteemaan: omaishoitajan roolin omaksuminen ja uuteen elämäntilanteeseen tottuminen. Wennman-Larsenin ja Tishelmanin (2002) haastattelututkimuksessa omaishoitajat kuvasivat olevansa ensisijaisia vastuunkantajia hoitamisesta. Apua ei juurikaan heidän näkemyksensä mukaan ollut odotettavista.

Myös palveluasunnoissa asuvien omaiset ja omaishoitajat ovat vaarassa rasittua ja masentua. Heille sosiaalinen tuki on tärkeää lieventämään hoitotaakkaa ja parantamaan henkistä terveyttä. (Majerovitz 2007.) Iäkkään puolison kokemus elämänkumppanin ollessa pysyvästi laitoshoidossa on yksilöllinen. Kokemusta voi sävyttää: katkeruus, syyllisyys, sidottuna oleminen, kumppanin menettäminen, ulkopuolisten kontaktien väheneminen ja tulevaisuuden näkymien puuttuminen. (Jyväskylä & Åstedt-Kurki 1998.)

Omaishoitaja alkaa tuntea olevansa omaishoitaja ympäristön kanssa käydyn vuorovaikutuksen perusteella. Ilman sitä omaiset kokevat tehtävänsä yksinkertaiseksi sukulaisuussuhteen jatkeeksi. On todettu, että omaishoitajan roolin omaksuminen on myönteinen kokemus. Omaishoitaja osaa hakea ja käyttää yhteiskunnan tarjoamia palveluja ja kokee kuuluvansa omaishoitajiin. Joissakin tapauksissa omaishoitajuus voi tahattomasti vaikuttaa kielteisesti hoidettavan asemaan. Hoidettava voi kokea arvon alenemista ja syrjäytymistä. (O'Connor 2007.)

Se, miten omaishoitaja onnistuu sopeutumaan tehtäväänsä riippuu siitä, mitä hänen pitää päivittäin tehdä, mistä on selvittävä, kuinka hyvät suhteet hänellä on hoidettavaan ja mitä tulevaisuutta koskevia odotuksia ja toiveita hänellä on (Silva-Smith 2007). Merkitystä on myös sillä, mikä on omaishoitajan näkemys siitä, mitä hänen pitäisi tehdä ja toisaalta mitä hän tekee. Hoitotaakan kokemus on pienempi, mitä lähempänä näkemys ja todellisuus ovat (Montgomery 2009).

### Omaishoitajien kokema terveys ja elämän laatu

On todettu, että omaishoitajilla nivelvaivat, verenpaine, ylipaino, aktiiviteettien rajoittuneisuus ovat yleisempiä kuin vastaavanikäisellä väestöllä yleensä. Yamaki, Hsieh ja Heller (2009) totesivat tutkimuksessaan, että 40-59 -vuotiailla omaishoitajilla diabetes ja korkea kolesterolit olivat yleisiä. Siitä huolimatta he pitivät itseään terveempinä kuin muut samanikäiset. Omaishoitajien koulutustaso, fyysinen terveys, uskonnollisuus sekä sosiaalinen (aineellinen ja laadullinen) tuki selittivät 42 % omaishoitajien elämän laadun vaihtelusta (Tang 2009).

## **Omaishoitajan kokeman vuorovaikutuksen merkitys hoitotaakan kokemukseen**

Perheenjäsenten taholta tulevan tuen kokemus vaikuttaa eniten omaishoitajan jaksamiseen (Yumi ym. 2009). Neufield (2007) on kuvannut, minkälaisen vuorovaikutuksen dementiapotilaiden omaishoitajat kokevat tukea antavaksi ja toisaalta tukea antamattomaksi. Tukea antavaa on positiivinen palaute, jota avainhenkilöt (sukulaiset, ystävät, vertaisryhmä, ammattilaiset) antavat tai virallinen palaute. Vastaavasti omaishoitajat kokevat erityisen negatiivisena samojen tahojen antaman kielteisen palautteen. Ne ovat tahoja, joilta omaishoitajat odottavat tukea. Hoitotaakan kokemusta aiheuttavat erityisesti tuen puute ammattilaisilta ja omaisilta; kokemus, että omaishoitajan tilannetta ei ymmärretä, tukiresurssit ovat epätydyttävät ja puheet mieltä pahoittavia. (Neufield 2009).

## **Hoidettavasta johtuvia rasisitustekijöitä**

Jackson ym. (2009) ovat verranneet aivovammapotilaiden ja dementiapotilaiden omaishoitajien hoitotaakkaa. Aivovammapotilaiden omaishoitajat kokivat taakan raskaammaksi. Taakka ei kummassakaan ryhmässä riippunut hoidettavan sukupuolesta, ihmissuhteista, vamman laadusta, fyysisen avun tarpeesta eikä kognitiivisesta tasosta. Käyttäytymisongelmat, joilla dementiapotilaiden osalta tarkoitettiin alakuloisuutta ja passiivisuutta, rasittivat omaishoitajia eniten.

Pyykkö, Backman ja Hentinen (2001) ovat todenneet, että vaikeinta dementoituneen henkilön puoliso-omaishoitajalle kotihoidossa ovat vuorovaikutussuhteet, puolisoitten väliset roolit, dementoituneen kyky huolehtia itsestään, dementoituneen käyttäytyminen ja mieliala sekä kognitiiviset häiriöt. Näistä haasteista omaishoitajat pyrkivät selviytymään älyllisin ja toiminnallisoin keinoin.

## **Omaishoitajuus on muutakin kuin hoitotaakka**

Kirsin (2004) tutkimusaineistona olivat Tampereen yliopiston terveystieteen laitoksella vuosina 1993 ja 1999 kerättyihin omaishoitaja-aineistoihin sisältyvät 155 puolisoitajan kertomusta ja haastattelua. Vaikka useimmat puolisoista toivat esille hoidon fyysisen ja psyykkisen kuormittavuuden, toi tutkimus esiin myös omaishoidon myönteisiä puolia sekä hoitamiseksi annettujen merkitysten sukupuolisidonnaisen ja tilannekohtaisen luonteen.

Tutkimusaineisto peilasi tutkijan mielestä myös dementiapotilaiden hoidossa viime vuosina tapahtunutta muutosta. Dementiapotilaiden ammatillinen hoito on kehittynyt ja kunnallinen omaishoidon tuki on tuonut helpotusta monien omaishoitajien tilanteeseen. Laitospaikkojen vähentäminen sekä palvelujärjestelmän monimutkaistuminen sen sijaan aiheuttavat ikääntyneiden puolisoitajien keskuudessa hämmennystä ja epävarmuutta. (Kirsi 2004.)

## **Omaishoitajien tukemista koskevia kuvailevia tutkimuksia**

### **Omaishoitajien tuen tarve**

Omaishoitajat ovat valmistautumattomia siihen, miten sairaus vaikuttaa perheeseen ja sosiaaliseen elämään. Heitä painaa epävarmuus sairaudesta ja sen etenemisestä sekä yksinäisyyden kokemus. Omaishoitajat odottavat, että ammattilaiset kuuntelevat, ymmärtävät ja ottavat todesta. Omaishoitajat tarvitsevat tietoa depressiosta, kommunikaatiotaidoista ja masennuslääkkeistä (Wennman-Larsen 2002, Marques 2009.) He tarvitsevat tietoa ja tukea hoitamiseen liittyvistä asioista, mahdollisuuden omahoitoon ja omaishoitajille tarkoitettuja tukipalveluja (Vidal-Thomas 2009).

Ammattilaisilta omaishoitajat odottavat tietoa, selvää kommunikointia ja aktiivista tukea. Parantamisen tarvetta omaishoitajien mielestä olisi perheen mukaan ottamisessa, ohjauksessa, kommunikoinnissa perheenjäsenten kanssa ja ammattilaisten kesken sekä kotiuttamisen jälkeisessä tuessa. (Bauer ym. 2009.)

### **Sukupuolieroista tuen tarpeessa**

Pinquart ym. (2005) ovat todenneet, että naispuoliset omaishoitajat kokevat olevansa raskaita ja masentuneempia kuin miehet. He kokevat terveytensä ja hyvinvointinsa huonommaksi. Heidän mielestään hoidettavalla on enemmän käyttäytymishäiriöitä, he käyttävät enemmän aikaa hoitamiseen ja huolehtivat enemmän hoidettavansa henkilökohtaisista asioista. Ulkopuolista tukea naiset ja miehet käyttävät yhtä paljon.

Fei ym. (2008) ovat havainneet, että naispuoliset omaishoitajat käyttävät vähemmän kotipalveluja kuin miehet, mutta pitävät kuljetuspalveluja ja vapaaehtoistyöntekijöiden palveluja hyödyllisempinä kuin miehet. Tutkijat totesivat uskonnollisuuden selittävän sukupuolten välistä eroa palvelujen käytön määrässä.

Miespuoliset omaishoitajat kokevat jäävänsä usein tukea vaille, kun heidän vuorovaikutuksensa sosiaalisen ympäristön kanssa epäonnistuu. Se epäonnistuu, jos omaishoitajasta tuntuu, että lähipiirillä ei ole tietoa eikä käsitystä hänen tilanteestaan. Tilanne on vaikein, jos vuorovaikutus epäonnistuu omaishoitajalle tärkeiden henkilöiden kanssa, sukulaisten, ystävien tai ammattilaisten. (Neufeld ym. 2009.)

### **Toimivan kommunikaation esteet**

Hyvä kommunikaatio on kaiken tuen perusta. Majerovitz ym. (2009) ovat tunnistaneet omaishoitajien kommunikoinnin esteitä, jotka on jaettavissa kolmeen ryhmään: institutionaaliset, psykososiaaliset ja muut syyt. Institutionaalisiin syihin luokiteltiin henkilökuntapula, vaihtuvuus, puutteellinen koulutus, medikalisoitu toimintatapa, rutiinit, henkilökunnan keskinäiset vuorovaikutusongelmat ja sopimattomat työvuorot, jotka eivät mahdollista omaisten tapaamista. Psykososiaalisiin tekijöihin luokiteltiin syyllisyys, rooliristiriidat, kulttuurin ja arvojen törmäys, epärealistiset odotukset ja ristiriitaiset vastuut. Muihin tekijöihin tutkijat luokittelivat perheiden kokeman syyllistämisen ja osallistumista koskevan kritisoinnin sekä sen, että perheille ei kerrota asioita, muutoksia tehdään keskustelematta, henkilökunnan vaihtuvuus, kiire ja kiertävät työvuorot. Yhtenä tekijänä mainittiin, että henkilökunta ei puhu keskenään. (Majerovitz ym. 2009)

## **Tukimuotoja koskevia kokeellisia tutkimuksia**

### **Vuosina 1987–2006 julkaistut tutkimukset**

Vanhustyön keskusliiton tutkijaryhmä (Eloniemi-Sulkava ym. 2006) on omaa tutkimustaan valmistelevalle kirjallisuushaun pohjalta todennut, että dementiapotilaiden omaishoitajien tukimuotoja koskevia tutkimuksia on tehty paljon. Satunnaistettuun koeasetelmaan perustuviakin he löysivät 38 (vuosina 1987–2006). Niistä valtaosa oli kuitenkin toteutettu pienillä aineistoilla ja metodologiassakin oli puutteita.

Osa tutkimuksista oli kohdistunut yksinomaan omaishoitajien tukemiseen tai hoidettavan toimintakyvyn tukemiseen. Osassa tutkimuksista interventio oli kohdistunut kumpaankin.

Omaishoitajien tukemiseen kohdistuneissa interventioissa oli tavallisimmin pyritty vähentämään kuormittuneisuutta käyttäen keinona esimerkiksi tukiryhmätoimintaa, yksilö- ja ryhmäterapiaa, koulutusta ja neuvontaa tai lomaa omaishoitajalle. Hoidettavien tukemiseen kohdistuneilla interventioilla oli pyritty vaikuttamaan tietyllä interventiolla kapea-alaisesti esim. käytösoireiden vähentäminen tai yöunen ja/tai ravitsemustilan korjaus. Osassa oli mitattu myös kyseisen intervention vaikutusta omaishoitajiin. Tehdyissä tutkimuksissa interventioiden vaikuttavuus oli osoittautunut ristiriitaiseksi ja melko vähäiseksi. Parhaat tulokset oli saatu tutkimuksissa, joissa oli käytetty sekä hoitajaan että hoidettavaan kohdistettuja monitekijäisiä interventioita.

Tutkimuksissa oli ilmennyt puutteita: esim. hoidettavien hoidon syytä, diagnoosia tai hoidon tarpeen tasoa ei oltu raportoitu (oli vain todettu, että dementia). Interventiot oli kuvattu puutteellisesti. Moni tutkimus oli tehty hyvin, mutta pienellä aineistolla, jolloin niillä ei ollut voimaa osoittaa vaikuttavuutta. Tutkimuksen keskeyttäneiden koehenkilöiden osuus oli ollut korkea (20–35 %). Ei myöskään ollut huomioitu, että kapea-alainen interventio ei pysty vastaamaan niihin laajoihin seurauksiin, joita dementoivalla sairaudella on sairastuneelle ja hänen omaishoitajalleen.

Monitekijäisissä tutkimuksissa interventio oli kohdennettu sekä hoitajaan että hoidettavaan. Interventioina oli käytetty erilaisia tukitoimia esim. omaishoitajien koulutusta, työryhmiä, neuvontaa tai dementoituvien lyhytaikaishoitoa. Näissä tutkimuksissa oli saatu selvästi parempia tuloksia kuin yksiulotteisissa interventioissa. Monitekijäisissä interventioissa heikokoutena oli ollut tukien asiantuntijalähtöisyys ja kaavamaisuus. Perheillä itsellään oli ollut vain vähän mahdollisuutta vaikuttaa intervention sisältöön. Interventioiden vaikuttavuutta oli osaltaan heikentänyt reagoimattomuus kotihoidon päättymistä ennakoiviin riskitekijöihin, joiden ratkaisemiseen tukitoimia ei selvästikään ollut kohdennettu.

Tutkijaryhmä totesi, että yksi interventioiden vaikuttavuutta selittävä tekijä liittyi tutkimusten tekemisen ajankohtaan, sen hetkisen tiedon ja osaamisen tasoon. Tieto kotihoidon päättymistä ennakoivista tekijöistä on lisääntynyt viime vuosina, samoin dementiaa koskeva tieto. (Eloniemi-Sulkava ym. 2006.)

## Vuosina 2007–2010 julkaistuja yksiulotteisia tutkimuksia

### **Ohjaus tai konsultaatio tukitoimena**

Omaishoitajien ohjauksen ja tuen on todettu vähentävän omaishoitajien kokemaa hoitoaakkaa ja parantavan elämänlaatua (Oupra ym. 2010). Ryhmäohjauksen on todettu tukevan omaishoitajien sopeutumista rooliinsa. Se on parantanut omaishoitajien kompetenssia ja kokemusta, että ovat saaneet vastauksia kysymyksiinsä. (Hudson ym. 2008.)

Aakhus ym. (2009) olivat kiinnostuneita yhden tapaamiskerran ohjausintervention vaikutuksesta psykogeriatristen laitospotilaiden omaishoitajien psyykkiseen hyvinvointiin ja depression. Tuloksia arvioitiin kolmen kuukauden päästä. Tutkijat totesivat, että yhden session ohjaus ei helpota omaishoitajien stressiä eikä masennusta, saattaapa jopa pahentaa sitä. (Aakhus ym. 2009.)

Yksilöllisellä dementiahoitokonsultaatiolla on voitu myöhentää laitokseen joutumista ja parantaa omaishoitajien dementian hallintaa sekä vähentää depressiota ja hoitotaakkaa (Fortinsky ym. 2009).

## **Vapaaehtoistyöntekijöiden tarjoama tuki**

Vapaaehtoistyöntekijöiden tuottamasta avusta omaishoitajille tiedetään niukasti. On todettu, että omaishoitajien sopeutuminen ei ole suoraan verrannollinen sosiaalisen tuen määrään. Aineellisen tai henkisen tuen välillä ei myöskään ole eroa. Lisätutkimusta tarvittaisiin muun muassa vapaaehtoistyöntekijöiden tuen vaikutuksesta omaishoitajan ja hoidettavan välisiin suhteisiin. (Smeglia ym. 2007.)

## **Teknologiset ratkaisut tukitoimina**

Myös teknologista apua on kokeiltu, esimerkiksi hoitolaitteita, telehoitolaitteita, tietokonepohjaisia palveluja, älykäs koti ratkaisuja (sensoreja ja robotteja) (Smith 2008.); puhelin-interventiota on kokeiltu menestyksekkäästi (Mason & Harrison 2009). Etähoito kotiin tarjoaa mahdollisuuden tukea hoidettavien ja omaishoitajien kotikuntoutusta ja mahdollistaa säännöllisen yhteydenpidon ammattilaisten kanssa. (Lutz ym. 2009.)

Eräissä randomoidussa tutkimuksessa miespuolisille omaishoitajille kokeiltiin ohjausta videoiden, työkirjojen ja puhelinkontaktien avulla. Kontrolliryhmälle tuli tavallinen ohjaus. Ryhmien kesken ei saatu seurannassa eroa. Aineisto oli pieni. (Gant & Lauderdale 2007.) Teknologiapohjaisesti toteutetulla ohjauksella on joissakin tutkimuksissa voitu vähentää hoitotaakkaa. Erityisesti masentuneimpien oireet ovat helpottuneet. (Fincel ym. 2007.) Omaishoitajat, joiden hoidettava on kotona, saattaisivat hyötyä teleteknologiaan perustuvista palveluista esimerkiksi videoneuvotteluyhteys. Tähänastisia tutkimuksia on kuitenkin haitannut osallistujien suuri keskeytysprosentti (Elliot ym. 2008).

## **Kotipalvelut tukimuotona**

Dementiapotilaiden omaishoitajille avustetut lomat ovat osoittautuneet hyödyllisiksi sekä terveyden että jaksamisen kannalta. (Wilz & Fink-Heitz 2008.) Santo ym. (2007) ovat verranneet kolmea omaishoitajaryhmää: 1) omaishoitajien vapaapäivien käyttäjät 2) ohjauksen käyttäjät ja 3) palveluja käyttämättömät. He havaitsivat, että vapaapäiviä käyttivät ne, joiden hoidettavat olivat fyysisesti raskashoitaisia. He käyttivät myös muita yhteiskunnan tarjoamia palveluja. Ohjauksen käyttäjät etsivät tietoa ja puhuivat paljon tilanteestaan. He saivat siten apua sekä emotionaaliseen että fyysiseen stressiinsä. (Santo ym. 2007.)

Whittier ym. (2005) on muistuttanut kriittisesti, että omaishoitajille kyllä suositellaan hengähdystaukoja ym., vaikka niitä ei todellisuudessa olisi tarjolla. Sopivien palvelujen puute voi johtua kulttuurisista tai kielisistä, kulkuyhteyksistä, sijaishoidon puuttumisesta, rahan puutteesta tai palvelujen puutteesta haja-asutusalueilla. (Whittier ym. 2005.)

## **Vuosina 2007–2010 julkaistut monitekijäiset omaishoitajien tukimallit**

Laajentamalla tukimuotojen valikoimaa on onnistuttu vähentämään omaishoitajien kokemaa taakkaa (Okabayashi ym. 2008). Tiedetään, että hoidettavan depressio rasittaa huomattavasti omaishoitajaa. Hoidettavan psykoterapian ja lääkehoidon on todettu helpottavan omaishoitajan taakkaa merkittävästi. (Martine ym. 2010.) Kun on lisätty omaishoitajien osuutta hoitoon ja heidän koulutustaan ja tukeaan, on pystytty estämään sairaalasta kotiutettavien laitostumista (Levine ym. 2010). Logsdon (2008) on todennut, että paras interventio on, kun yhdistetään opetusta, taitojen ohjausta, depressiohoitoa ja perheen tukea.



Psykososiaalisen intervention on todettu vähentävän omaishoitajien taakkaa ja depressiota. Monialaisen intervention on havaittu vähentävän erityisesti depressiota. Kokonaan omaishoitajien taakkaa ei ole pystytty poistamaan. Omaishoitajat ovat kuitenkin arvostaneet tukea ja kokeneet saavansa helpotusta ainakin lyhyellä tähtämellä. (Shoenmakers, Buntinx & DeLepeleire 2010.)

Masennuslääkettä käyttävien Alzheimer-potilaiden omaishoitajille toteutettiin psykososiaalinen interventio: viisi kertaa yksilö- ja perheohjausta kolmen kuukauden aikana ja lisäksi puhelinohjausta tarvittaessa. Omaishoitajien masennus väheni koeryhmässä ja lisääntyi kontrolliryhmässä kahden vuoden seuranta-aikana. Interventiosta saatu hyöty oli tilastollisesti merkitsevä. (Mittelman ym. 2008.) Samassa tutkimuksessa 5,4 vuoden seurannassa todettiin, että interventioryhmä ei eronnut laitokseen joutumisten tai kuolemantapausten osalta kontrolliryhmästä. (Brodaty ym. 2009.) Psykososiaalisella interventiolla on vaikutusta dementiapotilaiden omaishoitajien kokemaan hoitotaakkaan ja elämänlaatuun. Eniten on todettu hyötyvän niiden omaishoitajien, joiden hoidettavan sairaus on vasta alkuvaiheessa. (Signe & Elmståhl 2008.)

Omaishoitajille on ollut hyötyä tehostetusta kotiuttamisohjelmasta, johon on kuulunut ohjausta ja kotikäyntejä. Omaishoitajat ovat kokeneet olevansa paremmin valmistautuneita ja tyytyväisempiä kuin ennen interventiota. (Shyu ym. 2008.) Tehostettua ohjausta ja tukea on käytetty myös siinä vaiheessa, kun Alzheimer-potilas on siirtynyt laitokseen. Hoidettavan siirtyminen laitokseen vähentää jo itsessään omaishoitajan hoitotaakkaa ja masennusta, mutta interventioryhmässä arvot ovat olleet merkitsevästi paremmat. (Gaugler ym. 2008.)

Omaishoitajan stressiä ja hoidettavan käytöshäiriöitä vähentävällä interventiolla on pyritty myös tehostamaan omaishoitajan työtä. Interventio sisälsi yhdeksän kotikäyntiä ja kolme puhelintapaamista sekä viisi tukiryhmätapaamista puhelimitse. Kuuden kuukauden seurannassa todettiin, että koeryhmällä oli yksi ylimääräinen tunti päivässä enemmän vapaata aikaa. (Nichols ym. 2008.)

Suomessa on toteutettu Vanhustyön keskusliiton toimesta iäkkäiden dementiaperheiden tukimallin vaikuttavuustutkimus (Eloniemi-Sulkava ym. 2006). Siihen osallistui 125 Helsingissä asuvaa omaishoitoperhettä, joissa puoliso hoiti dementoitunutta kumppaniaan. Perheet jaettiin satunnaistaen koe- ja kontrolliryhmään. Intervention ydintoimintoja olivat omaishoidon koordinaattorin toiminta, geriatriin lääketieteelliset tutkimukset ja hoito sekä tavoitteelliset vertaisryhmät, jotka kokoontuivat viisi kertaa ensimmäisen seurantavuoden aikana. Lisäksi perhekohtaisena toimintana oli dementiakuntoutus, tietoillat ja hankalien kotitilanteiden pienryhmät. Interventio toteutettiin seuraavien periaatteiden mukaan: koko perheen tukeminen, joustavuus, ripeä reagointi, erilaisten kulttuurien tunnistaminen ja hyväksyminen, perheen autonomian kunnioittaminen ja yhteistyön kehittäminen, perhe-elämän tukeminen, optimismi ja voimavarojen tukeminen. Intervention kesto vaihteli 20 – 24 kuukauteen.

Noin 1½ vuoden kohdalla interventioryhmässä hoidettavista 11 % oli joutunut pysyvästi laitoshoidon ja vertailuryhmässä 26 %. Ero oli tilastollisesti merkitsevä. Erot tasaantuivat intervention lopussa. Yhden seurantavuoden aikana interventioperheen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen kokonaiskustannukset olivat keskimäärin 15 568 euroa ja vertailuperheiden kustannukset 23 553 euroa. Ero oli merkitsevä. Suurin osa kuluista aiheutui pitkäaikaislaitoshoidosta. Projektilla oli merkittävä myönteinen vaikutus sekä interventio- että vertailuperheiden hyvinvointiin. Interventioryhmän omaishoitajat olivat kuitenkin tyytyväisempiä saamiinsa palveluihin. Erityisesti onnistui itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen, psykologinen tuki, käytännön apu ja hienovarainen ohjaus sekä tuen ja palvelun jatkuvuus ja luotettavuus. Myös omaishoitajien kyky hoitaa puolisoaan kehittyi.

Tutkijat päättelivät, että dementoituvan kotona olemista voidaan pitkittää monitekijäisellä tukimallilla noin puoleentoista vuoteen asti. Käytetyt palvelut vastasivat perheiden tarpeisiin ja rahaa säästy. Työntekijöiltä toteutus edellytti kokemustiedon ja omien työtapojen reflektointia.

## **Yhteenveto**

Tämä kooste on laadittu vastaamaan kysymykseen, mitä tutkimustietoa on olemassa omaishoitajuudesta ja sen kehittämiskohteista. Tarkastelussa on pyritty nostamaan esille sisällön kannalta keskeisiä asioita, myös niitä, joista ei ole paljon tutkimustietoa, vaikka sitä tarvittaisiin. Niitä ovat esimerkiksi teknologian ja vapaaehtoisten mahdollisuudet omaishoitajien tukemisessa.

Analysoidut tutkimukset on toteutettu erilaisissa kulttuurisissa ympäristöissä. Omaishoitajuuteen liittyy useita kulttuurisidonnaisia tekijöitä esimerkiksi palvelujärjestelmä, perherakenne ja naisen asema yhteiskunnassa. Omaishoito tunnetaan kuitenkin kaikkialla maailmassa. Se perustuu läheisestä ihmisestä välittämiseen. Omaishoidon toteutusta ohjaavat lopulta samat periaatteet yhteiskunnasta ja kulttuurista riippumatta.

Tutkimusten perusteella voidaan todeta, että omaishoitajat tarvitsevat tietoa ja tukea hoitamiseen liittyvistä asioista, mahdollisuuden omahoitoon ja omaishoitajille tarkoitettuja tukipalveluja. Omaishoitajien tuki rakentuu onnistuneeseen vuorovaikutukseen omaishoitajan ja hänelle keskeisten henkilöiden välillä. Myös omaishoitajan ja hoidettavan välisillä suhteilla on merkitystä, samoin ammattilaisten keskinäisillä yhteistyösuhteilla. Omaishoitajan hoitotaakkaa vähentävät tarpeen mukaiset tukipalvelut. Ohjaus ja psykososiaalinen tuki ovat usein käytettyjä ja vaikutuksiltaan hyviksi todettuja tukimuotoja. Ohjauksen tulee kuitenkin olla tavoitteellista ja pitkäkestoista. Myönteisten vaikutusten saavuttamista voidaan parantaa käyttämällä samanaikaisesti sekä hoidettavaan että hoitajaan kohdistuvia tukimuotoja ja mielellään useammanlaisia samanaikaisesti.

## **Kirjallisuus**

Aakhus E, Engedal K, Aspelund T & Selbaek G, 2009. Single session educational programme for caregivers of psychogeriatric in-patients—results from a randomised controlled pilot study. *International journal of geriatric psychiatry*, 24(3): 269-74.

Bauer M, Maddox M, Kirk L, Burns T & Kuskowski M. 2009. Progressive dementia: Personal and relational impact on caregiving wives. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 16(6): 329-34.

Brody H, Mittelman M, Gibson L, Seeher K & Burns A. 2009. The effects of counseling spouse caregivers of people with Alzheimer disease taking donepezil and of country of residence on rates of admission to nursing homes and mortality. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 17(9):734-43.

Burman M. 2001. *Rehabilitation Nursing*. 26(3): 94-99, 121.

Burman, M. 2001. Family caregiving expectations and management of the stroke trajectory. *Rehabilitation Nursing*, 26(3): 94-99.

Elliott T, Brossart D, Berry J & Fine P. 2008. Problem-solving training via video-conferencing for family caregivers of persons with spinal cord injuries: a randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 46(11): 1220-9.

Eloniemi-Sulkava U, Saarenheimo M, Laakkonen M-L, Pietilä M, Savikko N & Pitkälä K (toim.) 2006. Omaishoito yhteistyönä – läkkäiden dementiaperheiden tukimallin vaikuttavuus. Vanhustyön keskusliitto, Tutkimusraportti 14.

- Fei S, Roff L, Klemmack D & Burgio, L. 2008. The Influences of Gender and Religiousness on Alzheimer Disease Caregivers' Use of Informal Support and Formal Services. *Journal of Aging & Health*, 20(8): 937-53.
- Finkel S, Czaja SJ, Schulz R, Martinovich Z, Harris C & Pezzuto D. 2007. E-care: a telecommunications technology intervention for family caregivers of dementia patients. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 15(5): 443-8.
- Fortinsky R, Kulldorff M, Kleppinger A & Kenyon-Pesce L. 2009. Dementia care consultation for family caregivers: collaborative model linking an Alzheimer's association chapter with primary care physicians. *Aging & Mental Health*, 13 (2): 162-70.
- Gant J, Steffen A & Lauderdale S. 2007. Comparative outcomes of two distance-based interventions for male caregivers of family members with dementia. *American Journal of Alzheimer's disease and other dementias*, 22(2): 120-8.
- Gaugler J, Roth D, Haley W & Mittelman M. 2008. Can counseling and support reduce burden and depressive symptoms in caregivers of people with Alzheimer's disease during the transition to institutionalization? Results from the New York University caregiver intervention study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 56(3): 421-8.
- Haapaniemi H, Routasalo P & Lauri S. 2003. Hoitotieteellinen vanhustutkimus Suomessa – Analyysi vuosina 1979–2000 tehdyistä yliopistollisista opinnäytetöistä. Turun yliopisto, Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja A:41/2003.
- Hudson P, Quinn K, Kristjanson L, Thomas T, Braithwaite M, Fisher J & Cockayne M. 2008. Evaluation of a psycho-educational group programme for family caregivers in homebased palliative care. (cover story). *Palliative Medicine*, 22(3): 270-80.
- Jackson D, Turner-Stokes L, Murray J, Leese M & McPherson K. 2009. Acquired brain injury and dementia: A comparison of carer experiences. *Brain Injury*, 23 (5): 433-44.
- Jyväskylä T. & Åstedt-Kurki P. 1998. "Myötä- ja vastoinikäymisissä". Kuvaus iäkkään puolison kokemista ongelmista elämänkumppanin ollessa pysyvässä sairaalahoidossa. *Hoitotiede* 10 (4): 191-8.
- Kirsi T. 2004. Rakasta, kärsi ja kirjoita. Tutkimus dementoitunutta puolisoaan hoitaneiden naisten ja miesten hoitokokemuksesta. *Acta Universitatis Tampereensis* 1051.
- Levine C, Halper D, Peist A & Gould D. 2010. Bridging Troubled Waters: Family Caregivers, Transitions, And Long-Term Care. *Health Affairs*, 29 (1): 116-24.
- Logsdon R. 2008. Dementia: psychosocial interventions for family caregivers. *Lancet*; 372 (9634): 182-3.
- Lutz, B, Chumbler N, Lyles T, Hoffman N & Kobb, R. 2009. Testing a home-telehealth programme for US veterans recovering from stroke and their family caregivers. *Disability & Rehabilitation*, 31(5): 402-9.
- Majerovitz S, Mollott R & Rudder C. 2009. We're on the Same Side: Improving Communication Between Nursing Home and Family. *Health Communication*; 24 (1): 12-20.
- Marques M. 2009. "The needs of family caregivers of people with depression" a systematic literature review [Spanish]. *Cultura de los Cuidados (CULTURA CUIDADOS)*, 13(25): 88-97.

- Martire L, Schulz R, Reynolds C, Karp J, Gildengers A & Whyte E. 2010. Treatment of Late-Life Depression Alleviates Caregiver Burden. *Journal of the American Geriatrics Society*, 58 (1): 23-9.
- Mason B, Harrison B. 2008. Telephone Interventions for Family Caregivers of Patients With Dementia: What Are Best Nursing Practices? *Holist Nursing Practice*, 22(6):348-54.
- Mittelman M, Brodaty H, Wallen A & Burns A. 2008. A three-country randomized controlled trial of a psychosocial intervention for caregivers combined with pharmacological treatment for patients with Alzheimer disease: effects on caregiver depression. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 16(11): 893-904.
- Monin J, Schulz R, Martire L, Jennings J, Lingler J & Greenberg M. 2009. Spouses' Cardiovascular Reactivity to Their Partners' Suffering. *The Journal of Gerontology, Series B*, 65B(2): 195-201.
- Montgomery R & Kosloski K. 2009. Caregiving as a Process of Changing Identity: Implications for Caregiver Support. *Generations*, 33(1): 47-52.
- Neufeld A, Harrison M, Hughes K & Stewart M. 2007. Non-supportive interactions in the experience of women family caregivers. *Health and Social Care in the Community*. 15(6): 530-41.
- Neufeld A & Kushner K. 2009. Men Family Caregivers' Experience of Nonsupportive Interactions. *Journal of Family Nursing*, 15(2): 171-97.
- Nichols L, Chang C, Lummus A, Burns R, Martindale-Adams J, Graney M, Coon D & Czaja S. 2008. The cost-effectiveness of a behavior intervention with caregivers of patients with Alzheimer's disease. *Journal of the American Geriatrics Society*, 56(3): 413-20.
- O'Connor D. 2007. Self-identifying as a caregiver: Exploring the positioning process. *Journal of Aging Studies*, 21( 2): 165-74.
- Okabayashi H, Sugisawa H, Takanashi K, Nakatani Y, Sugihara Y & Hougham G. 2008. A longitudinal study of coping and burnout among Japanese family caregivers of frail elders. *Aging & Mental Health*, 12(4): 434-43.
- Oupra R, Griffiths R, Pryor J & Mott S. 2010. Effectiveness of Supportive Educative Learning programme on the level of strain experienced by caregivers of stroke patients in Thailand. *Health & Social Care in the Community*, 18(1): 10-20.
- Pinquart M & Sörensen S. 2005. Gender Differences in Caregiver Stressors, Social Resources, and Health: An Updated Meta-Analysis. *The Journals of Gerontology: Series B*, 61 (1): 33-45.
- Pyykkö R, Backman K & Hentinen M. 2001. Dementoituneiden henkilöiden puoliso-omaishoitajien kokemuksia kotihoidon tilanteista ja niistä selviytymisestä. *Hoitotiede*, 13 (5): 266-76.
- Santo T, Scharlach A, Nielsen J & Fox P. 2007. A Stress Process Model of Family Caregiver Service Utilization: Factors Associated with Respite and Counseling Service Use. *Journal of Gerontological Social Work*, 49(4): 29-49.

- Schoenmakers B, Buntinx F & DeLepeleire J. 2010. Supporting the dementia family caregiver: The effect of home care intervention on general well-being. *Aging & Mental Health*, 14 (1): 44-56.
- Shyu Y, Chen M, Chen S, Wang H & Shao J. 2008. A family caregiver-oriented discharge planning program for older stroke patients and their family caregivers. *Journal of Clinical Nursing*, 17(1): 2497-508.
- Signe A & Elmståhl S. 2008. Psychosocial intervention for family caregivers of people with dementia reduces caregiver's burden: development and effect after 6 and 12 months. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 22(1): 98-109.
- Silva-Smith A. 2007. Restructuring Life. *Journal of Family Nursing*; 13 (1): 99-116.
- Smerglia V, Miller N, Sotnak D & Geiss C. 2007. Social support and adjustment to caring for elder family members: A multi-study analysis. *Aging & Mental Health*, 11(2): 205-17.
- Smith C. 2008. Technology and Web-Based Support. *American Journal of Nursing*, Supplement, Vol. 108, 64-8.
- Tang W-R. 2009. Hospice family caregivers' quality of life. *Journal of Clinical Nursing*, 18 (18): 2563-72.
- Vidal T, Alorda T, Adrover B, Ripol A, Taltavull A & Saènz de Ormijana H. 2009. Needs of the family caregivers of stroke survivors in the home: structured review of the literature from 2000 to 2007. *Enfermeria Clinica (ENFERM CLIN)*, 19(2): 83-89.
- Voutilainen P, Kattainen E & Heinola R. 2007. Omaishoidon tuki sosiaalipalveluna. Selvitys omaishoidon tuesta ja sen vaihteluista 1994 – 2006. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus, Helsinki.
- Wennman-Larsen A & Tishelman C. 2002. Advanced home care for cancer patients at the end of life: a qualitative study of hopes and expectations of family caregivers. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 16(3):240-7.
- Whittier S, Scharlach A & Dal Santo T. 2005. Availability of Caregiver Support Services, Implications for Implementation of the National Family Caregiver Support Program. *Journal of Aging & Social Policy*, 17(1): 45-62.
- Wilz G & Fink-Heitz M. 2008. Assisted vacations for men with dementia and their caregiving Spouses: Evaluation of Health-Related Effects. *Gerontologist*, 48(1): 115-20.
- Yamaki K, Hsieh K & Heller T. 2009. Health profile of aging family caregivers supporting adults with intellectual and developmental disabilities at home. *Intellectual & Developmental Disabilities*, 47(6): 425-435.
- Yumi S, Silverberg K, Kenyon D & Yelle B. 2009. Reaping caregiver feelings of gain: The roles of socio-emotional support and mastery. *Aging & Mental Health*, 13 (1): 106-117.



# Hyvät käytännöt ja palveluohjaus omaishoitajien arjen tukena -projekti (CARERI 2007 – 2010)

Malla Heino

## **CARERIn tausta ja tavoitteet**

Omaishoitoperhettä tukeva palvelujärjestelmä on nykyisellään hajanainen, osin riittämätön ja jopa paikkakuntaakohtaisesti vaihteleva. Palveluista ei aina löydy tietoa ja niiden saamisessa on puutteita. Omaishoitajat joutuvat usein käytännössä toimimaan läheisilleen ja itselleen sopivien palvelujen etsijöinä, koordinoijina ja järjestelijöinä. Tiedon hankkimisen ja hallinnan tarpeet voivat osoittautua omaishoitajalle mahdottomiksi ja tilanne voi johtaa uupumiseen.

Omaishoitajat ja Läheiset -Liitto ry:n koordinoiman Hyvät käytännöt ja palveluohjaus omaishoitajien arjen tukena -projektin (CARERI) haasteena onkin ollut koulutuksen ja tiedotuksen keinoin levittää omaishoitajien arjen tueksi kehitettyjä hyviä käytäntöjä ammattilaisten ja muiden toimijoiden käyttöön toimiviksi työkaluiksi, jotta omaishoitajien mahdollisuudet saada oikeinlaista tietoa palveluista paranisivat.

CARERI -projektissa tuetaan sosiaali- ja terveysalan eri toimijoita muodostamaan yhteiseksi tavoitteekseen omaishoitoperheen hyvä arki sekä ollaan mukana käynnistämässä tätä tavoitetta tukevaa toimintaa. Hankkeen juuret ovat edeltävän Hyvä ja laadukas palvelukokonaisuus tukemassa omaishoitoa -projektin (HYLA) kehittämistyössä ja -tuloksissa. Projektissa koottu tieto on kerätty ”Hyvä omaishoitajan tukeminen” -käsikirjaan, joka sisältää laatusuosituksia palvelukokonaisuuteen kuuluville palveluille (palveluohjaus, tuki omaishoitosuhteeseen, kodin apuvälineet, hoivaympäristö, hoito- ja palvelusuunnitelma, omaishoitajan kohtaaminen, omaishoitoa tukeva strategia ja tilapäishoito).

## **Tieto laadukkaan tukemisen malleista ja hyvistä käytännöistä toimijoiden ulottuville**

Hankkeessa tehdään sekä valtakunnallista että alueellista kehittämistyötä, joka kohdentuu em. palvelukokonaisuuden osa-alueisiin. Projektissa kootaan, arvioidaan ja levitetään hyviä käytäntöjä ja toimintamalleja, jotka osaltaan edesauttavat omaishoitajien voimaantumista. Alueellisen työskentelyn tavoitteena on liiton paikallisyhdistysten ja muiden tahojen omaishoitajaa tukeviin käytäntöihin liittyvien paikallisten hankkeiden tukeminen. Käytännössä tämä toteutetaan mm. järjestämällä hyviin käytäntöihin ja laatutyöhön liittyviä seminaareja sekä tiedotus- ja koulutustilaisuuksia. Koulutuksen kohderyhmänä ovat kuntien, kuntayhtymien, järjestöjen, liiton paikallisyhdistysten ym. tahojen ammattilaiset sekä omaishoitajat, alan opiskelijat ja vapaaehtoiset. Omaishoidon tukemisen hyviä toimintamalleja ja käytäntöjä juurrutetaan yhteistyössä liiton aluetyön sekä Suomen omaishoidon verkoston kanssa.

Edeltävien vuosien keskeisiä teemoja (palveluohjaus, hyvä kohtaaminen, vertaistuki, hoito- ja palvelusuunnitelma, omaishoidon strategiatyö ja tilapäishoito) esitellään ja työestetään eri painotuksin työkokouksissa ja seminaareissa hankkeen viimeisen toimintavuoden 2010 aikana. Aihealueiden käsittelyssä hyödynnetään projektipaikkakunnilla tehtyä yhteistyötä ja saatuja kokemuksia. Vuonna 2010 järjestetään seminaareja eri puolilla Suomea yhteensä kuudella paikkakunnalla.



Hankkeessa tuotetun kirjallisen materiaalin avulla levitetään omaishoitoa tukevia hyviä käytäntöjä ja malleja (ks. artikkelin loppu). Tietoa on saatavissa myös Hyvät käytännöt -sivuston ([www.hyvajalaadukas.fi/kaytannot/](http://www.hyvajalaadukas.fi/kaytannot/) sekä Tilapäishoidon käytännöt-sivuston ([www.omaishoitajat.com/virenetti/](http://www.omaishoitajat.com/virenetti/)) välityksellä. Omaishoidon hyvät käytännöt-sivustolle on kerätty yhteistyössä mm. kuntien, järjestöjen ja omaishoitajien kanssa tiiviitä kuvauksia hyvistä käytännöistä tai ideoista aihealueittain ryhmiteltynä. Kuvaukset sisältävät niin kattavia toimintamalleja kuin pienimuotoisia, matalan kynnyksen toimintaideoita. Hyviä käytäntöjä yhdistävinä tunnusmerkkeinä on hankkeessa nähty mm. tarvelähtöisyys, saatavuus, toimivuus, vaikuttavuus, esimerkillisyys ja yleisesti hyväksyttävyys. Omaishoidon tukemista koskevia hyviä käytäntöjä on kirjattu esim. kuntoutukseen, hallinnon käytäntöihin, tilapäishoittoon, omaishoitokeskuksiin, avuntarpeen arviointiin sekä tiedottamiseen liittyen.

### **Kohdatut haasteet**

Valtakunnalliset sosiaali- ja terveyssektorin lainsäädäntö- ja kehittämishankkeet (mm. SATA -komitean työ) ovat osaltaan asettaneet haasteita CARERI -projektin kannalta erittäin tärkeälle kuntayhteistyölle. Yhteistyöhön sitoutuminen järjestösektorin hankkeen kanssa on vaikeutunut keskeisten linjanvetojen puuttuessa. Samoin samaan ajankohtaan osunut taloudellinen lama ja sen myötä kuntatalouden vaikeudet ovat heikentäneet yhteistyöhalukkuutta ja mahdollisuuksia.

### **Hankkeessa tuotettu kirjallinen materiaali**

Autio T, Mäkelä M, Pennanen E & Välikangas M. 2007. Hyvä omaishoitajan tukeminen –laatukäsikirja. Omaiset ja Läheiset -Liitto ry:n julkaisuja 2.

Autio T & Hyvärinen S (toim.). 2009. Näkökulmia palveluohjaukseen. Omaiset ja Läheiset -Liitto ry:n julkaisuja 2.

Hautala S, Hyvärinen S & Laakso T (toim.). 2008 Mentorointiopas. Kehitys Oy, Pori.

Heino M (toim.). 2010. Näkökulmia tilapäishoittoon. Omaiset ja Läheiset -Liitto ry:n julkaisuja.

Konttinen (toim.): Näkökulmia omaishoidon strategiatyön tueksi (tulossa 2010 loppuvuosi).

# Omaishoitajaperheiden tukeminen vanhustyön koulutusohjelmassa

Elina Hietaniemi

## Johdanto

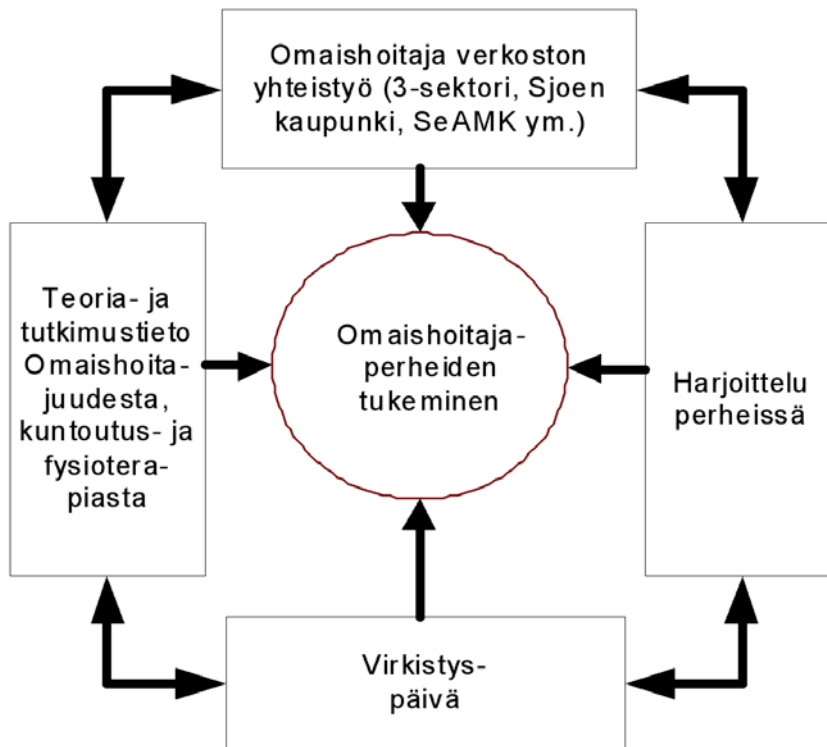
Omaishoidon kehittämisessä on Suomessa edetty parempaan suuntaan 2000-luvulle tultaessa. Omaishoitolaain (2005/937) tultua voimaan 1.1.2006 on kunnissa ja kaupungeissa pyritty maksamaan pieni rahallinen palkkio omaishoitajan tekemästä hoivatyöstä. Eriarvoisuus eri paikkakuntien kesken on kuitenkin suuri. Omaishoidon tuen myöntämiskriteerien tarkoituksena on ollut mm. yhtenäistää korvauksia, kehittää omaishoitajan ja hoidettavan yksilöllisiä tukimuotoja, vapaan järjestäminen omaishoitajalle ja intervalli- tai muun hoidon järjestäminen hoidettavalle. (Aaltonen 2008.) Omaishoitajuuden osaamisen kehittämiseen tarvitaan kaikkien sosiaali- ja terveysalan sektorien, vapaaehtoisjärjestöjen sekä alan oppilaitosten yhteistyötä mukaan lukien myös ammattikorkeakoulut, joissa koulutetaan tulevaisuuden osaajia. Esittelen seuraavassa tiivistetysti Seinäjoen ammattikorkeakoulun vanhustyön koulutusohjelmassa toteutettavan omaishoitajuuden tukeminen -opintokokonaisuuden.

## Seinäjoen alueella toimiva omaishoidon yhteistyöverkosto

Viimeisten vuosien aikana olemme kehittäneet omaishoitoon liittyvää opintokokonaisuutta tiiviissä yhteistyössä omaishoitajuusverkostoon kuuluvien yhteisöjen, Seinäjoen kaupungin kotihoidon, Ikäkeskuksen, kolmannen sektorin toimijoiden mm. Lakeuden omaishoitajat ry., Omaiset mielenterveystyön tukena E-P ry:n ja Seinäjoen seurakunnan työntekijöiden kanssa. Ikäkeskus – Seinäjoen kaupungin ennaltaehkäisevän työn yksikkö on aloittanut toimintansa vuoden 2007 alussa. Ikäkeskus on Seinäjoen kaupungin palvelupiste eläkeläisille. Siellä tehdään asiakaskohtaista ennaltaehkäisevää vanhustyötä mm. kotikäynnit 75 vuotta täyttäneille ikääntyville, omaishoitajille suunnatut tukikäynnit, lisäksi yksikkö toteuttaa muistihäiriöistä tiedottamista ja sairauden varhaista toteamista sekä hoitoon ohjausta. Yhteistyö on käynnistynyt 1990-luvulla, kun yhdistyksillä ja kaupungin edustajilla oli tarve saada omaishoitajille suunnattujen tapahtumien toteuttajia sekä sijaishoitajia omaishoitajaperheisiin. Aluksi opiskelijat lähtivät mukaan projektiluonteisesti. Nykyisin käytäntö on vakiintunut.

## Opintojaksot ja niiden toteuttaminen

Ennaltaehkäisevän ja kuntouttavan vanhustyön opintokokonaisuus koostuu seitsemästä opintopisteestä: omaishoitajuuden tukeminen 2 op, vanhuksen kuntoutus- ja fysioterapia 2 op ja vanhus-omaishoitajaryhmän kuntoutuksen ohjaus 3 op, joka toteutetaan harjoitteluna. Keskeisenä tavoitteena opintojaksoilla on, että opiskelija perehtyy omaishoitajuuteen ja kuntoutukseen vanhuksen ja perheen näkökulmasta, omaishoitajuudesta tehtyihin tutkimuksiin, suosituksiin sekä omaishoitajuuden-, kuntoutuksen- ja fysioterapian teoriaan. Tavoitteena on, että opiskelija ymmärtää vanhus/asiakaslähtöisyyden omaishoitajaperheen näkökulmasta. Opiskelija osaa laatia omaishoitajaperheelle toimintakyky suunnitelman, toteuttaa ohjausta ja neuvontaa omaishoitoperheen arjessa selviämisen tukemiseksi sekä osaa arvioida yhdessä perheen kanssa toteuttamaansa suunnitelmaa. Opintojaksot etenevät teoria- ja tutkimustietoa reflektoiden käytännön toteutukseen; harjoitteluun omaishoitajaperheissä ja omaishoitajille suunnatun virkistyspäivän järjestämiseen yhteistyössä yhteistyöverkoston kuuluvien työntekijöiden kanssa (ks. Kuvio 4). (Vanhustyön koulutusohjelman opinto-opas 2009-2010)



Kuvio 4. Omaishoitajaperheiden tukeminen vanhustyön koulutusohjelmassa

Opintojaksot toteutuvat toisen lukuvuoden syksyllä, jolloin opiskelijoilla on takanaan vuosi opiskelua vanhustyön koulutusohjelmassa. Edellisenä keväänä he ovat harjoitelleet mm. vanhuksen toimintakyvyn kartoitusta vanhusten kotona tehden seinäjokisille 80-vuotiaille ennaltaehkäisevän (seuranta) kotikäynnin Ikäkeskuksen ja ammattikorkeakoulun vanhustyön koulutusohjelman yhteistyönä. 75-vuotiaiden ennaltaehkäisevät kotikäynnit tehdään Ikäkeskuksen työntekijöiden toimesta.

Vuodesta 2007 geronomiopiskelijat ovat menneet omaishoitajaperheisiin pareittain ja toimineet perheessä kolmen viikon ajan yhteensä 60 tuntia. He tekevät hoito- ja kuntoutussuunnitelman omaishoitoperheen tarpeista lähtien yhteistyössä heidän kanssaan. Suunnitelmassa paneudutaan omaishoitajan jaksamisen tukemiseen sekä hoidettavan toimintakyvyn edistämiseen erilaisin keinoin. Suunnitelmaan pyritään saamaan omaishoitajalle ja hoidettavalle yhteistä voimaannuttavaa tekemistä. Eloniemi-Sulkavan ym.(2006) mukaan aiemmin tukitoimia on kohdistunut pelkästään omaishoitajan toimintakyvyn tukemiseen. Parhaita tuloksia tutkimusten mukaan on saatu kuitenkin interventioilla, jotka kohdistuvat sekä hoidettavaan että omaishoitajaan. Mikkosen (2009) tekemässä tutkimuksessa, jossa hän tarkastelee puolisoivan arjen toimijuutta, omaishoitajaperheissä, puolisoivan arki muuttuu eleyksi ja koetuksi arjen voimavaraksi. Hoivan antaminen ja saaminen muuttaa puolisoivan totuttuja tapoja, mutta samalla se tulee osaksi elettyä elämää. Tämä muutosprosessi auttaa heitä sopeutumaan ja selviytymään arjessa ja sen vaikeuksissa.

Harjoittelu käynnistyy niin, että Lakeuden Omaishoitoyhdistys ja kaupungin Ikäkeskus tiedottavat perheille mahdollisuudesta saada kotiin opiskelijat joko lähettämällä perheille kirje tai kertomalla mahdollisuudesta omaishoitajien vertaisryhmissä. Opiskelijat toimivat omaishoitajaperheissä pareittain. He toteuttavat perheen tarpeista lähtevää suunnitelman mukaista kotikuntoutusta sekä omaishoitajalle että hoidettavalle. Alkutapaamisen jälkeen

opiskelijapari laatii yhdessä perheen kanssa kirjallisen suunnitelman kolmelle seuraavalle viikolle. Perheen kuntoutussuunnitelma esitellään opettajalle ja perheelle harjoittelujakson ensimmäisellä viikolla, perhe allekirjoittaa suunnitelman. Tarkoitus on taata asiakaslähtöisyys ja perheen sitoutuminen tavoitteisiin. Omaishoitaja voi jättää, niin halutessaan, hoidettavan opiskelijoiden hoitoon hoitaakseen arjen asioita, joihin hänellä ei ole ollut aiemmin mahdollisuutta. Usein oman terveyden hoitaminen ja ulkoilu ovat voineet jäädä omaishoitajalta vähäiseksi. Opiskelijan toimiessa sijaishoitajana siihen tarjoutuu mahdollisuus. Omaishoitajan kanssa käytävät keskustelut avaavat opiskelijalle omaishoitajuuden arjen vaativuutta. Omaishoitajan saadessa opiskelijasta kuuntelijan, joka on aidosti kiinnostunut omaishoitajan arjesta ja pysähtyy kuulemaan omaishoitajaa, mahdollistuu luottamuksellinen aito vuorovaikutussuhde, joka voimaannuttaa omaishoitajaa ja opiskelija saa mahdollisuuden kasvaa ymmärtämään omaishoitoa syvällisemmin omaishoitajuuden arjessa.

Opiskelijoiden harjoittelun tukijoina toimivat ohjaavat opettajat. Usein ollaan yhteydessä kaupungin kotihoitoon ja ikäkeskukseen ja pyydetään heiltä tukipalveluja sekä työntekijöiden kotikäyntiä asioiden selvittämiseen ja uudelleenarviointiin. Harjoittelujakson lopussa opiskelijat itsearvioivat toimintaansa perheessä, pyytävät perheeltä palautteen ja esittelevät toimintaansa ja kokemuksiaan perheessä koko opiskelijaryhmälle ja ohjaaville opettajille sekä yhteistyöverkoston jäsenille yhteisessä palauteseminaarissa.

Opiskelijoiden kokemukset harjoittelujaksosta ovat olleet myönteiset; teoria, tutkimustieto ja käytäntö ovat kohdanneet, perheissä on näyttäytynyt aidosti omaishoitajuuden arki. Monissa perheissä on tehty uusia suunnitelmia ja löydetty keinoja helpottaa omaishoitajan arkea, yhteistyö kotihoidon ja ikäkeskuksen välillä on tiivistynyt, omaishoitaja tietää mihin/kehen henkilöön ottaa yhteyttä ongelmatilanteissa tai mistä voi pyytää apua. Omaishoitajalle on järjestynyt pieni hengähdys hetki opiskelijan toimiessa sijaishoitajana. Omaishoitajaperheet ovat kokeneet tullessa kuulluksi – voimaantuneet. Opiskelijat ovat olleet aktiivisia, he ovat ottaneet vastuuta perheestä, pohtineet erilaisia tukimahdollisuuksia perheelle. Opiskelijoiden itseohjautuvuus on kasvanut selkeästi jakson aikana. Teorian ja tutkimustiedon reflektointi on mahdollistunut suunnitelmien ja raporttien tekemisen myötä käytännön toteutukseen.

Virkistyspäivän järjestäminen on kuulunut ko. opintojaksoon jo aiemmin alkaen 1990-luvulta. Päivä toteutetaan projektiluonteisesti. Tehtävän instruktio annetaan noin kuukausi ennen omaishoidon harjoittelua. Usein toteutuksessa on ollut mahdollisuuksien mukaan myös fysioterapiaopiskelijoita, jolloin moniammatillisen toiminnan harjoittelu on mahdollistunut. Päivän ajankohta on useimmiten valittu tapahtuvaksi valtakunnallisen omaishoitajaviikon aikaan marraskuussa. Opiskelijat valitsevat keskuudestaan pienemmän työryhmän, ja käynnistävät päivän ideoinnin ryhmässä. Työryhmään kuuluu yhteistyöverkoston jäseniä ja opettajat. Päivästä tehdään sisältösuunnitelma, esite, budjetti, lehdistötiedote ja arviointisuunnitelma. Päivää markkinoidaan kaupungin, ikäkeskuksen ja Lakeuden omaishoitajien tiedotteissa sekä yhteistyöverkoston jäsenien toimesta. Ilmoittautumisen ottaa vastaa Lakeuden omaishoitajien yhdyshenkilö. Päivään otetaan 50 ensiksi ilmoittanutta omaishoitajaa.

Virkistyspäivä on saanut omaishoitajien runsaan mielenkiinnon. Tapahtumassa on ollut osallistujia koko verkostosta, jolloin omaishoitajat ovat voineet tutustua heidän toimintaansa ja tukimuotoihinsa. Päivän sisältö vaihtelee joka vuosi Päivässä saattaa olla mukana omaishoitajia, jotka eivät saa virallista tukea kaupungilta ja kuulevat ensimmäisen kerran mm. tukimahdollisuuksistaan. Päivä arvioidaan ja päätetään opettajien ja opiskelijoiden kanssa keskusteluun pääällimmäisistä oppimiskokemuksista. Kirjallinen raportti ja yhteenvetokeskustelu on noin viikon kuluttua tapahtumasta. Raportti luovutetaan myös yhteistyöverkoston jäsenille.

Palautteet päivästä ovat olleet myönteisiä, Opiskelijoille on mahdollistunut yhteistoiminnallisen ja moniammatillisen osaamisen harjoittelu, vastuun ottaminen yksilönä ja ryhmässä, projektinosaamisen harjoittelu, vuorovaikutusosaaminen eri toimijoiden kanssa sekä isäntänä ja emäntänä toimiminen omassa ammattikorkeakoulussa. Omaishoitajat ovat tavanneet vertaisiaan, kokeneet saaneensa arvostusta nuorten ja yhteistyökumppanien taholta. He ovat saaneet olla hemmoteltavana ja huomion kohteena päästessään hetkesi irti arjesta. Eräs viime syksyn osallistuja kuvasi päivää ”vuoden parhaaksi päiväksi”.

### **Verkottumisen tuomia etuja ja tulevia kehittämishaasteita**

Verkottuminen on mahdollistanut opiskelijoille sekä opettajille työelämäyhteydet ja mahdollisuuden olla resurssina kehittämässä omaishoitajuutta Seinäjoen alueella. Opiskelijat tutustuvat kolmannen sektorin ja muiden ammattikorkeakoulun ulkopuolella olevien organisaatioiden toimintaan, he tutustuvat tuleviin kollegoihin. Opiskelijat saavat käyttää luovuuttaan ja näyttää osaamistaan sekä omaishoitajaperheissä että suunnitellessaan virkistyspäivää. Yhteistoiminnallisuus ja ryhmän vastuunotto tulee näkyväksi. Teoriaa ja tutkimustietoa on sovellettu käytäntöön. Opettajien on ollut ilo seurata opiskelijoiden kehittymistä.

Kehittämishaasteina tulevaisuudessa on saada toimintaan mukaan tähänastista enemmän eri opiskelijaryhmiä, jolloin moniammatillisuuden harjoittelu toteutuu jo opiskelun aikana. Työelämäänsä mennessään heillä on silloin taito toimia moniammatillisissa tiimeissä oman alansa osaajina ja kehittäjinä.

### **Kirjallisuus**

Aaltonen E. 2008. Omaishoidon tulevaisuus. Saatavissa: [www.omaishoito.fi](http://www.omaishoito.fi)

Eloniemi-Sulkava U, Saarehiemi M, Laakkonen M-L, Savikko N & Pitkälä K (toim.) 2006. Omaishoito yhteistyönä – läkkäiden dementiaperheiden tukimallin vaikuttavuus. Tutkimusraportti 14. Vanhustyön keskusliitto, Helsinki.

Laki omaishoidon tuesta 937/2005. Saatavissa: [www.finlex.fi](http://www.finlex.fi)

Mikkonen, T. 2009. Sinusta kiinni- tutkimus puolisohoivan arjen toimijuuksista. Väitöskirja. Diakonia-ammattikorkeakoulun julkaisuja. Helsinki.

Vanhustyön koulutusohjelman opetussuunnitelma 2009–2010. Seinäjoen ammattikorkeakoulu, Sosiaali- ja terveysalan yksikkö. Saatavissa: [www.seamk.fi](http://www.seamk.fi)

# Lähellä tuki – Kolmas sektori omaishoitajien voimavarana

Irma Roininen

Satakunnan Omaishoitajat ja Läheiset ry on perustettu 17.6.1999. Sen kotipaikka on Pori. Yhdistys kuuluu valtakunnalliseen Omaishoitajat ja Läheiset –liittoon. Yhdistyksen tarkoituksena on omaishoitajien ja heidän hoidettaviensa tukeminen, heidän etujensa ajaminen ja asemansa parantaminen. Tavoitteiden toteutuminen on edellyttänyt hyvää yhteistyötä muun muassa kuntien päättäjien, palveluista vastaavien viranhaltijoiden ja koulutusorganisaatioiden kanssa. Tavoitteidensa mukaisesti yhdistys on toteuttanut Raha-automaattiyhdistyksen tuella kolme omaishoitajien jaksamista tukevaa kehittämisprojektia.

LÄHELLÄ-omaishoitajien sijaishoitoprojekti toteutettiin Porissa ja Ulvilassa, LÄHELLÄ KUNTO -projekti, omaishoitajien ja hoidettavien yhteinen kuntoutusprojekti Porissa ja Noormarkussa ja LÄHELLÄ TUKI -projekti, joka ulottaa toimintansa Porin seutukuntaan.

## Projekteista käytännöiksi

### 1. LÄHELLÄ sijaishoitoprojekti 2002 – 2005

Projektin tuottama sijaishoitomalli:

- sijaishoidon ja jaksamisen yksilöllinen palvelusuunnitelma
- työntekijöiden työaikojen joustavuus asiakkaan toiveet huomioiden
- työntekijöiden joustavuus työhön nähden, ystävällisyys ja palvelualltius
- matala organisaatio, työntekijät ottavat vastaan tilaukset ja sopivat käyntiajat itse samat työntekijät mahdollisimman pitkään, jolloin syntyy luottamus niin omaishoitajalle kuin hoidettavallekin
- keskustelu, kuuntelu, ohjaus, neuvonta ja apu erilaisten tukien hakemisessa
- sujuva ja hyvä yhteistyö kunnan ja muiden toimijoiden kanssa.

Sijaishoitoprojektin päätyttyä vuoden 2005 lopussa yhdistys teki seuraavana vuonna esityksen Porin kaupungin budjettivalmisteluun kahden kodinhoitajan palkkaamisesta omaishoidon sijaishoitajiksi. Sosiaalilautakunta hyväksyi yksimielisesti esityksen, mutta päätöksen toimeenpano viivästyi niin paljon, että viime vuoden (2009) alkupuolelta lähtien Porissa on ollut kaksi kodinhoitajaa tekemässä sijaishoitoa kotiin. Tällä hetkellä omaishoitajat saavat myös Satakunnan Ammattikorkeakoulun Palvelukeskus Soteekin kautta opiskelijoita sijaishoitajiksi.

Voimme olla tyytyväisiä projektissa tuotetun mallin käyttöönotosta. Malli toimii kuitenkin siinä mielessä puutteellisesti, että sijaishoitajat eivät tee työtä iltaisin tai viikonloppuisin. Sijaishoitajia tarvittaisiin myös paljon enemmän ja kaikkiin kuuteen Porin yhteistoiminta-alueen kuntaan. Yhteistoiminta-alueelle tehdään parhaillaan ikääntymispoliittista strategiaa, jossa omaishoitajienkin asemaa tullaan varmasti huomioimaan koko alueen tasapuolisen palvelun kannalta. Omaishoitajien sijaishoito ja muu tukeminen auttaa hoitajia pitämään läheisiään pidempään kotona.



## 2. LÄHELLÄ KUNTO -projekti 2006 – 2008

Projektin tuottama toimintamalli jakaantuu kahteen pääosaan, yksilöllinen perhekohtainen malli ja kodin ulkopuolinen ryhmätoiminta.

### 1. Kotikäynnit

#### 1.1 Kartoituskäynti

- tilanteen ja tarpeiden kartoitus
- kirjallinen kysely, fyysinen, psyykkinen ja sosiaalinen kartoitus
- fyysiset testit, havainnointi, ympäristö, ergonomia.

#### 1.2 Suunnitelman laadintakäynti

- kokonaisvaltainen, yksilöllinen suunnitelma sekä omaishoitajalle että hoidettavalle
- fyysisen harjoittelun kirjalliset ohjeet ja henkilökohtainen opastus.

#### 1.3 Seurantakäynnit

- seurantatestit ja kyselyt noin puolen vuoden välein
- suunnitelman päivitys tarvittaessa ja kunnan mukaan
- keskustelu, kuuntelu, motivointi ja kannustus
- aktivointi kodin ulkopuoliseen toimintaan.

#### 1.4 Tukikäynnit omaishoitotilanteen muuttuessa

- psyykkinen, fyysinen ja sosiaalinen tuki hoidettavan kuoltua tai siirryttyä laitoshoittoon
- surutyössä mukana oleminen
- omaishoitajan ohjaus, tukeminen ja kannustus elämässä eteenpäin.

## 2. Ryhmätoiminnot

- toiminnalliset liikunta- ym. ryhmät
- vertaistukiryhmät
- yksittäiset luento- ja teemapäivät
- virkistys- ja retkipäivät.

LÄHELLÄ KUNTO -projektin malli ei ole vielä kokonaisuudessaan jatkunut. Projekti on kuitenkin tuottanut käytännössä toimivan mallin, jolla voitaisiin edistää omaishoitoperheiden jaksamista. Ryhmätoimintojen osalta olemme tehneet Soteekin kanssa yhteistyösopimuksen, jossa sovittiin vesivoimistelun ja tasapainoryhmien käynnistämisestä opiskelijoiden ohjaamana. Nämä ryhmät ovat toimineet. Lisäksi yksi projektissa mukana ollut omaishoitaja on huolehtinut keilaryhmän jatkumisesta projektin loputtua. Toivomme, että kotiin annettavan ja kotona tapahtuvan itseohjautuvan kuntoutuksen järjestäminen ja ohjaaminen tullaan huomioimaan perusturvan ikääntymispoliittista strategiaa tehtäessä.

## 3. LÄHELLÄ TUKI -projekti 2010 – 2012

Projektin tavoitteet:

- omaishoitajien omien voimavarojen vahvistaminen ja hoitotyön tukeminen erityisesti omaishoitotilanteen alussa ja hoitosuhteen muuttuessa raskaammaksi
- seutukunnallinen yhteneväisen ja tasapuolisen omaishoidon tukimallin luominen Satakuntaan.

Projekti on vasta alkanut, mutta arvioimme, että siinä tullaan pääsemään asetettuihin tavoitteisiin. Yksilöllinen kotivoimavaramalli yksin tai yhdistettynä edellisen projektin kotikuntoutusmalliin antaisi omaishoitoperheille vieläkin laajempaa näköalaa ja enemmän yksilö- ja perhekohtaista jaksamista. Hoitoparkkia on paljon toivottu, joten sen jääminen pysyväksi palveluksi on tarpeellista. Samoin vertaistukea ja siihen liittyvää toimintaa tarvitaan projektin päätyttyäkin. Seutukunnallinen yhteistyö on projektissa jo alkanut.

**Satakunnan ammattikorkeakoulun raportit**  
**ISSN 1457–0696**

- 1/2000 Päivi Jaatinen: "KEITÄ, MISTÄ, MIKSI JA MILLÄ AIKEILLA?"  
Selvitys tutkintoon johtavan koulutuksen syksyllä 1999 aloittaneista opiskelijoista.
- 2/2000 Seppo Pamppunen: SAMK-AUDIT 1999-2000. Satakunnan ammattikorkeakoulun laatujärjestelmän itsearviointi.
- 3/2000 Seppo Pamppunen: SPT-AUDIT 1999-2000. The self-assessment of the quality management system of Satakunta Polytechnic.
- 4/2000 Päivi Jaatinen: MERKITYKSIÄ VAI MUOTTEJA? Satakunnan ammattikorkeakoulussa syksyllä 1999 opintonsa aloittaneille suunnattu oppimistyyli- ja oppimisstrategiatutkimus. 1. osaraportti.
- 5/2000 Kirsi Sirola: TOIMIALAN TEHTÄVÄ JA MERKITYS SATAKUNNAN AMMATTIKORKEAKOULUSSA. Selvitys sosiaali- ja terveysalan toimialalla.
- 6/2000 Kirsi Sirola: TUTOROINTIPILOTTI 1. Väliraportti.
- 7/2000 Marko Kukkonen: SUURI OPISKELIJAKYSELY 2000.
- 8/2000 Päivi Jaatinen: MUOTOKUVA 2000 – Satakunnan ammattikorkeakoulun valintakokeeseen vuonna 2000 osallistuneille hakijoille toteutettu kysely.
- 9/2000 Työryhmä: Tarja Heino, Kaija Jokela, Pirkko Kujala ja Eeva-Liisa Moisio. KOHTI YHTENÄISTÄ SAMK: A TERVEYSALALLA. Kenko – työryhmän raportti arviointi käytäntöjen yhtenäistämistä ja uuden käytännön kokemuksista SAMK:n terveysalalla.
- 10/2000 Hanna Hyttinen: OPTIO vuoropuheluun työelämän kanssa. Sosiaali- ja terveysalan opettajien työelämäyhteydet vuosina 1997–2000.
- 1/2001 Hanna Hyttinen ja Ritva Kangassalo: LUOTTAMUSHENKILÖIDEN NÄKEYMYKSET YK:N IKÄÄNTYNEITÄ IHMISIÄ KOSKEVIEN PERIAATTEIDEN KUVAAJINA. Gerontologinen tutkimus- ja kehittämisprojekti.
- 2/2001 Maarika Iijolainen & Jari Kyngäs: KYSELY LIIKETALOUDEN, MATKAILU- JA RAVITSEMISALAN SEKÄ KULTTUURIN SOVELTUVUUSKOKEISTA LIPOSSA 1999 JA 2000. Selvitys vuosina 1999 ja 2000 suoritetuista soveltuvuuskokeista koskevista opiskelijakyselyistä.
- 3/2001 Hanna Hyttinen: Yhteisö ja yhteisöhoitotyö Satakunnan ammattikorkeakoulun opinnoissa.
- 4/2001 Matti Boxberg ja Meri-Maija Marva: Rauman seudun matkailun kehittämistoimenpidesuunnitelma. Loppuraportti.
- 5/2001 Päivi Jaatinen: MUOTOKUVA 2001. Kevään 2001 yhteishaun kautta Satakunnan ammattikorkeakoulun valintakokeisiin osallistuneille hakijoille toteutettu kysely.

- 6/2001 Hanna Hyttinen, Ritva Kangassalo ja Petri Jalonen: SATAKUNNAN VANHUS-  
TYÖNTEKIJÄT. Näkemyksiä vanhustyöstä ja sen kehittämisestä.
- 7/2001 Piia Haapamäki, Teija Harju & Leena Sahankoski, Matti Isokallio, Kirsi Sirola &  
Annukka Tapani: TIETÄEN JA TAITAEN TERVEYSALALLA. Trainkat-osaprojekti  
Satakunnan sairaanhoitopiirin alueella.
- 1/2002 Kirsi Sirola: Opintojen ohjauksen arviointi korkeakouluissa – Satakunnan  
ammattikorkeakoulun itsearviointi.
- 2/2002 Kirsi Sirola: TUTOROINTIPILOTTI 1. 2. väliraportti.
- 3/2002 Viveka Höjjer-Brear: ”RAHA, RAKKAUS JA ROHKEUS”. Selvitys Satakunnan  
ammattikorkeakoulun opiskelijoiden näkemyksistä kansainvälisen liikkuvuuden  
esteistä.
- 4/2002 Päivi Jaatinen: MUOTOKUVA 2002. Kevään 2002 yhteishaun kautta Satakun-  
nan ammattikorkeakoulun valintakokeisiin osallistuneille hakijoille toteutettu  
kysely.
- 5/2002 Hanna Hyttinen: Perhe- ja yhteisölähtöinen toimintatapa Satakunnan ammatti-  
korkeakoulun sosiaali- ja terveysalan kehittämissuunnitelmissa vuosina  
2000-2001.
- 6/2002 Annukka Tapani: SUURI OPISKELIJAKYSELY 2002.
- 7/2002 Satu Vaininen ja Ilmari Rostila: VERSO II -PROJEKTI. Hyvinvointineuvola  
ammattilaisten silmin. Raportti lääkäreiden, psykologien, sosiaalityöntekijöiden  
ja terveydenhoitajien ryhmäkeskusteluista.
- 1/2003 Tuula Ruusunen ja Tuula Rouhiainen-Valo: PEDAALI-PROJEKTI. Kokemuksia  
moniammatillisesta yhteistyöstä ja sosiaalipedagogisen työtteen soveltami-  
sesta peruskoulussa ja ammatillisessa oppilaitoksessa.
- 2/2003 Anne Sankari: MUOTOKUVA 2003. Kevään 2003 yhteishaun kautta Satakun-  
nan ammattikorkeakoulun valintakokeisiin osallistuneet hakijat.
- 3/2003 Anne Sankari: AIKUISHAKIJAN MUOTOKUVA 2003: Kesällä 2003 Satakun-  
nan ammattikorkeakoulun aikuiskoulutuksen valintakokeisiin osallistuneet.
- 4/2003 Elina Liimatainen-Yläne ja Kirsi Sirola: SYLI-PROJEKTI. Loppuraportti. Porin  
alueella lapsiperheiden kanssa työskentelevien asiantuntijoiden (terveyden-  
hoitajien, perheneuvolan työntekijöiden ja Mannerheimin lastensuojeluliiton  
työntekijöiden) oman työn kehittämishanke lasten ja lapsiperheiden huolien  
tunnistamiseksi ja syrjäytymisen ehkäisemiseksi.
- 1/2004 Kari A. Sirkka ja Merja Nikkonen: The UN Principles of Older Persons In  
European Elderly Care Environments. Community Analysis on Elderly Care  
Environments in Four European Countries.
- 2/2004 Anne Sankari (toim.): SAMKIN JATKOTUTKINTOKOKEILU 2002–2004.
- 3/2004 Kari Juntunen, Airi Meriläinen ja Mika Määttä: AMMATTIKORKEAKOULUJEN  
T&K-TOIMINNAN KEHITYS JA HAASTEET. Seurantatutkimus 2001–2003.

- 4/2004 Hanna Hyttinen, Salla Seppänen, Eija Hautala, Kari A. Sirkka, Merja Nikkonen & Anja Lammio: EXPECTATIONS AND VISIONS OF ELDERLY CARE AMONG PEOPLE AGED 50–59 YEARS. The Report of Transnational Survey in Finland, the Netherlands, Poland and Hungary & The Country Report of Finland.
- 5/2004 Anne Sankari: AIKUISSHAKIJAN MUOTOKUVA 2004. Kesällä 2004 Satakunnan ammattikorkeakoulun aikuiskoulutuksen valintakokeisiin osallistuneet.
- 1/2005 Päivi Jaatinen: KOULUTUSJATKUMO ON – MISSÄ ON OSAAMISJATKUMO? Kielten opetuksen kehittämisprojekti. Seurantatutkimuksen 2. osaraportti: Syksyn 2004 lähtötasotestit.
- 2/2005 Joakim Lönnroth: AMMATTIKORKEAKOULUJEN TUTKIMUS- JA KEHITYS-TOIMINNAN ORGANISOINTI.
- 3/2005 Osaamiskunto I -projektin ohjausryhmä: TYÖTTÖMÄT TYÖLLISTYMÄÄN, TYÖLLISET KOULUTUKSEEN JA KUNTOUTUKSEEN. Osaamiskunto I -projektin loppuraportti.
- 4/2005 ENTRECARE – HYVINVOINTIALAN YRITTÄJYYDEN KASVUPROJEKTI PILOTTINA SATAKUNTA JA ETELÄ-POHJANMAA. ESR-projektin loppuraportti ja raporttien tiivistelmät.
- 5/2005 RUOTSIN JA ISO-BRITANNIAN HOITO- JA HOIVAPALVELUJEN RAKENNETTA SEKÄ HOIVAYRITTÄJYYTTÄ KOSKEVA BENCHMARKING-TUTKIMUS. Entrecare – Hyvinvointialan yrittäjyyden kasvuprojekti pilotti Satakunta ja Etelä-Pohjanmaa.
- 6/2005 Kari A. Sirkka: KYNNYSTEN YLITYKSIÄ MONIAMMATILLISEN PERHETYÖN ARJESSA. Jaksetaan vanhempana –projektin ulkoisen arvioinnin raportti.
- 7/2005 Anne Sankari: MUOTOKUVA 2005. Kevään 2005 yhteishaun kautta Satakunnan ammattikorkeakoulun valintakokeisiin osallistuneet hakijat.
- 8/2005 Anne Sankari (toim.): SAMKIN JATKOTUTKINTOKOKEILU 2002–2005. Kokoava raportti.
- 9/2005 Päivi Jaatinen: AMMATTIKORKEAKOULUOPISEKELIJAN KIELITAITO – HARHAA VAI HALLINTAA? Kielten opetuksen kehittämisprojekti, Seurantatutkimuksen 3. osaraportti, Syksyn 2005 lähtötasotestit.
- 1/2006 Hanna Hyttinen: KANSAINVÄLINEN PROJEKTI VANHUSTYÖN KOULUTUKSEN KEHITTÄMISEN VÄLINEENÄ. Selvitys neljästä vanhustyöhön liittyvästä projektista.
- 2/2006 Anne Sankari: SUURI OPISEKELIJAKYSELY 2006.
- 3/2006 Salla Salén-Haapala: OPISEKELIJAVÄLINNÄN TOIMIVUUS. Sosiaali- ja terveysalalle hakeutuminen ja valikoituminen.
- 4/2006 Hanna Hyttinen ja Pirjo Tuomi: KARHUKUNTIEN PALVELUSETELIPROJEKTI. Loppuraportti.

- 1/2007 Soili Aavanen ja Sirpa Urpilainen: VERISUONIPERÄISEN SÄÄRIHAAVAPOTILAAIN HOITOKÄYTÄNNÖT. Porin kaupungin terveyskeskuksessa.
- 2/2007 Projektiryhmä: Sauli Ahvenjärvi (raportin laatija), Heimo Lähdemäki, Esa Mäkinen, Antti Soini ja Kirsi Uola: MERITEKNOLOGIAN TUTKIMUS- JA KEHITTÄMISHANKE. Tarvekartoituksen loppuraportti.
- 3/2007 Ritva Annala: YRITTÄJYYS SOSIAALI- JA TERVEYSALAN KOULUTUKSESSA. Katsaus Satakunnan ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveysalan yrittäjyysosaamiseen.
- 4/2007 Heidi Varpelaide: SATAKUNTALAISTEN PK-YRITYSTEN KOTISIVUT MARKKINOINTIViestinnässä.
- 5/2007 Liisa Juhantalo: TAIDE HOITAA.
- 1/2008 Sari Lohikoski. KORKEA-ASTEEN TUTKINNON SUORITTANEIDEN KOULUTUSTARPEET SATAKUNNASSA. SENNA. Elinikäisen oppimisen ennakointihankkeen koulutustarvekartoituksen raportti.
- 2/2008 Sari Lohikoski. AVOIMEN AMMATTIKORKEAKOULUN OPISKELIJA. Profiiliselvitys 2006–2007.
- 3/2008 Jaana Simula (toim.): ONGELMAPERUSTAINEN OPPIMINEN RAUMALAISEEN MALLIIN.
- 4/2008 Päivi Laihonen (toim.) LAPSIPERHEIDEN VARHAINEN TUKEMINEN JA MONIAMMATILLINEN YHTEISTYÖ PERHEPALVELUISSA. Lapsiperheiden peruspalvelut ja psykososiaalinen tuki (LAPSOS) -hanke.
- 5/2008 Päivi Jaatinen & Mia Juuso: AMMATTIKORKEAKOULUOPISKELIJAN KIELITAITO – KUILU KASVAA, KUKA RAKENTAISILLAN? Kielten opetuksen kehittämisprojekti, Seurantatutkimuksen 4. osaraportti, Syksyn 2007 lähtötasotestit.
- 6/2008 Mia Juuso & Anne Sankari: SUURI OPISKELIJAKYSELY 2008.
- 1/2010 Hanna Hyttinen & Sari Teeri (toim.): SENIORIPALVELUJEN KEHITTÄMISEN HYVÄT KÄYTÄNNÖT.

Raporttien tilaukset: [www.samk.fi/julkaisut](http://www.samk.fi/julkaisut)